

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**El marco de coaliciones promotoras en el análisis de
políticas públicas: el caso de la reforma de la política
sanitaria en la Comunidad de Madrid
(2001-2014)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Fernando González Barroso

Director

Manuel Villoria Mendieta

Madrid, 2015



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



FUNDACIÓN
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
JOSÉ ORTEGA Y GASSET

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASSET

Título de la Tesis Doctoral

**EL MARCO DE COALICIONES PROMOTORAS EN EL ANÁLISIS DE
POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DE LA REFORMA DE LA POLÍTICA
SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID
(2001-2014)**

Doctorando

Fernando González Barroso

Director de la tesis doctoral

Dr. D. Manuel Villoria Mendieta

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN
ORTEGA Y GASET

Título de la Tesis Doctoral

**EL MARCO DE COALICIONES PROMOTORAS EN EL ANÁLISIS DE
POLÍTICAS PÚBLICAS: EL CASO DE LA REFORMA DE LA POLÍTICA
SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID
(2001-2014)**

Doctorando

Fernando González Barroso

Director de la tesis doctoral

Dr. D. Manuel Villoria Mendieta
UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID

Madrid, 2015

-cuando intentamos determinar cuáles son las ideas de un hombre o de una época solemos confundir dos cosas radicalmente distintas: sus creencias y sus ocurrencias o “pensamientos”. En rigor, sólo estas últimas deben llamarse “ideas”-

-Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre el que acontece. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas “vivimos, nos movemos, somos”

José Ortega y Gasset (*Ideas y Creencias*, p29)

A mi padre, in memóriam

AGRADECIMIENTOS

Un trabajo de investigación de largo recorrido, como es una tesis doctoral, es fruto del esfuerzo del autor y de la ayuda, tiempo y apoyo que recibe de instituciones, personas y compañeros; es un trabajo colectivo. Por ello, quiero agradecer muy especialmente el apoyo que he recibido siempre de las dos principales mujeres de mi vida: una, mi madre, que me empujó a que aspirara a algo más de lo que ella había podido alcanzar como consecuencia del lugar que la España de la posguerra había reservado para la mujer campesina española, obligada a abandonar sus expectativas para ser madre y trabajadora, negándole cualquier aspiración intelectual; la segunda mujer a la que agradezco su apoyo y paciencia es a mi compañera Natalia, que siempre estuvo a mi lado a pesar de que en muchas ocasiones mi cabeza no estaba con ella o con nuestros hijos sino en este trabajo. Gracias también a mis compañeras de trabajo (Pilar Lorrio y Raquel Peiro) del departamento de gobierno, administración y políticas públicas del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset que me demostraron generosidad y apoyo en aquellos momentos en que los necesité, especialmente cuando me ausenté por motivo de mi estancia en París; también al profesor Manuel Villoria, que se hizo cargo de la dirección de este trabajo una vez comenzado; y a la Fundación José Ortega y Gasset Gregorio Marañón, donde siempre encontré apoyo y estímulo para que esta investigación llegara a buen puerto. Por último, agradezco el tiempo y la generosidad de Diego Gaitán Sánchez, por su apoyo y sus correcciones; a los entrevistados que pacientemente respondían a mis preguntas y que me aconsejaron o recomendaron a otras personas que podían ayudarme a comprender mejor el objeto de estudio de esta investigación. A todos ellos, muchas gracias.

-“Las ideas de los economistas y de los filósofos políticos, tanto cuando tienen razón como cuando están equivocados, son más poderosas que lo que comúnmente se cree”-

J.M. Keynes “The General Theory of Employment, Interest and Money” (1936)

ACRÓNIMOS

AFEM (Asociación de Facultativos y Especialistas de Madrid)
ADSP (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública)
CATSALUT (Servicio Catalán de Salud)
CCAA (Comunidad Autónoma)
CCOO (Sindicato Comisiones Obreras)
CDS (Centro Democrático y Social)
CE (Constitución Española)
CECU (Confederación Española de Consumidores y Usuarios)
CEIM (Confederación Empresarial de Madrid-CEOE)
CEMSATSE (Sindicato Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios)
CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud)
CIU (Partido Convergencia Democrática de Cataluña y Unión Democrática)
CPFF (Consejo de Política Fiscal y Financiera)
EBAS (Entidades de Base Asociativa)
EB (Estado de Bienestar)
FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública)
FARMAINDUSTRIA (Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica)
FLA (Fondo de Liquidez Autonómica)
IDC SALUD (Grupo IDC salud, compañía líder en España en Servicios Sanitarios, resultado de la fusión de Ibérica de Diagnóstico y Cirugía con el grupo Capiro Salud)
IDIS (Instituto para el Desarrollo y la Integración de la Sanidad)
INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)
INP (Instituto Nacional de Previsión)
INSALUD (Instituto Nacional de Salud)
LOSC (Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña)
LOSCAM (Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid)
LSG (Ley General de Sanidad)
MIR (Médico Interno Residente)
NGP (Nueva Gestión Pública)
NHS (*National Health Service*-Servicio Británico de Salud)
OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)

OMC (Organización Médica Colegial)

OMS (Organización Mundial de la Salud)

PCE (Partido Comunista de España)

PCG, s (*Primary Care Groups* - Grupos de Atención Primaria)

PFI (*Private Finance Initiative*. Proyecto de Financiación Privada)

PP (Partido Popular)

PPP (*Public Private Partnership*. Paternariado Público Privado)

PSM- PSOE (Federación Madrileña del Partido Socialista Obrero Español)

PSOE (Partido Socialista Obrero Español)

PSUC (Partido Socialista Unificado de Cataluña)

SAE (Sindicato de Auxiliares de Enfermería)

SATSE (Sindicato de Auxiliares y Técnicos de Sanidad y Enfermería)

SEFM (Sindicato de Enfermería de Madrid)

SEOPAN (Asociación de Empresas Constructoras de Ámbito Nacional)

SERMAS (Servicio Madrileño de Salud)

SNS (Sistema Nacional de Salud)

SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad)

TSJM (Tribunal Superior de Justicia de Madrid)

UCD (Unión del Centro Democrático)

UE (Unión Europea)

UGT (Sindicato Unión General de Trabajadores)

UNILABS (Compañía Europea de Servicios Auxiliares de Diagnóstico Médico)

UTE (Unión Temporal de Empresas)

ÍNDICE GRÁFICOS Y ESQUEMAS

Capítulo I

Cuadro (1) Articulación de las hipótesis de la investigación

Capítulo II

Cuadro (2) Hipótesis del Marco de las Coaliciones Promotoras

Cuadro (3) Elementos fundamentales del Marco de las Coaliciones Promotoras y su interrelación

Capítulo V

Cuadro (4) Cuadro resumen: Justificación de la intervención pública en el mercado sanitario

Cuadro (5) Evolución de la intervención pública en sanidad

Capítulo VI

Cuadro (6) Esquema de las alianzas de actores y distribución de poder

Capítulo VII

Esquema (1) Coalición de actores promotoras impulsores de las reformas sanitarias

Esquema (2) Coalición de actores promotoras en contra de las reformas en sanidad

TABLAS

Capítulo I

Tabla (1) Listado de actores entrevistados

Capítulo II

Tabla (2) Sistemas de creencias de las élites de las políticas públicas

Capítulo III

Tabla (3) Porcentaje de gasto sanitario respecto al PIB países OCDE

Capítulo IV

Tabla (4) Acontecimientos históricos en la regulación de la política sanitaria en la España democrática

Tabla (5) Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid de 2013

Tabla (6) Mapa de actores y fuentes de poder en el subsistema sanitario de la Comunidad de Madrid

Tabla (7) Coalición de actores y de nuevos actores que entran a formar parte de la coalición promotora contra la reformas sanitarias en la Comunidad de Madrid

ÍNDICE

páginas

INTRODUCCIÓN

7

ABSTRACT EN INGLÉS

CAPÍTULO I: EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN	7
1.2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO Y MARCO ANALÍTICO	14
1.3. LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4. EL SISTEMA DE HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5. SISTEMA DE VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.6. JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	21

CAPÍTULO II: LA METODOLOGÍA Y FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2. LAS TÉCNICAS DE LA INVESTIGACIÓN	24
2.3. LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	26
2.4. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	27
2.5. PLAN DE EXPOSICIÓN DE LA TESIS	31

CAPÍTULO III: EL MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 EL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS: UNA INTRODUCCIÓN	34
3.2. EL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS EN LA TRADICIÓN DE ESTUDIOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	35
3.3. EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA TEORÍA DEL ESTADO	38
3.4. ENFOQUES ACTUALES EN LA LITERATURA POLITOLÓGICA QUE INCORPORAN LAS IDEAS COMO VARIABLE EXPLICATIVA DEL CAMBIO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	41
3.5. ALCANCE Y LIMITACIONES DEL MARCO TEÓRICO DE COALICIONES PROMOTORAS	45
3.6. EL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS Y SU DESARROLLO TEÓRICO	48
3.7. HIPÓTESIS DEL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS	52
3.8. RELACIÓN SISTEMA DE CREENCIAS Y MODELO DE INDIVIDUO	59
3.9. EL APRENDIZAJE EN LOS SISTEMAS DE CREENCIAS	62
3.10. EL APRENDIZAJE ENTRE LOS SISTEMAS DE CREENCIAS	63
3.11. CONCEPTOS CENTRALES DEL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS	65
3.11.1. LOS CONCEPTOS DE CAMBIO EN LAS POLÍTICAS Y DE SUBSISTEMA DE POLÍTICAS. EL CONCEPTO DE CAMBIO EN EL MARCO DE COALICIONES PROMOTORAS Y SU CONSIDERACIÓN COMO OBJETO DE ESTUDIO	65

3.11.2. EL CONCEPTO DE SUBSISTEMA DE POLÍTICA COMO UNIDAD DE ANÁLISIS Y EL CONCE DE DOMINIO DE POLÍTICAS EN EL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS	67
3.12. LA UBICACIÓN DEL MODELO DEL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS EN EL ESQUEMA TEÓRICO DE LA CIENCIA POLÍTICA	69
3.13. CRÍTICAS AL MODELO DE INTERMEDIACIÓN DE INTERESES Y DE GOVERNACE DEL QUE EL MARCO DE COALICIONES PROMOTORAS FORMA PARTE.	71
CAPÍTULO IV: LA POLÍTICA SANITARIA: LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES POLÍTICOS Y LOS INTERESES MATERIALES	

4.1. LA DIMENSIÓN DE PODER EN LA SALUD	73
4.2. LOS PODERES PÚBLICOS Y LA SANIDAD	77
4.3. IDEOLOGÍA POLÍTICA Y POLÍTICA SANITARIA	82
4.4. ESTADO Y MERCADO EN SANIDAD: ¿GESTIÓN PÚBLICA O PRIVADA DE LA SANIDAD?	84
4.5. IDEAS Y CREENCIAS DEL PARADIGMA REFORMISTA RESPECTO A LA GESTIÓN SANITARIA	95
4.5.1. A NIVEL INTERNACIONAL	95
4.5.2. A NIVEL NACIONAL	102

CAPÍTULO V: LOS ELEMENTOS ESTABLES DEL SISTEMA CONDICIENTANTES DE LA POLÍTICA SANITARIA EN EL PERIODO 2001-2013 EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

5.1. ATRIBUTOS BÁSICOS DEL OBJETO DE LA POLÍTICA Y DEL ÁREA DEL PROBLEMA	104
5.1.1. EL SER HUMANO Y LA SALUD	104
5.2. ESTADO DE BIENESTAR Y LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA	105
5.3. LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE SALUD EN ESPAÑA	110
5.4. IDEAS Y CREENCIAS SOBRE LA SALUD Y SU PROTECCIÓN	129
5.5. EL APRENDIZAJE SOBRE LA POLÍTICA SANITARIA EN ESPAÑA.	130
5.6. CAMBIOS EN LA REALIDAD SOCIAL, ESTRUCTURA SOCIAL Y VALORES RESPECTO A LA SANIDAD	133
5.7. MARCO LEGAL BÁSICO, Y DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA	135
5.7.1. PERIODO DEMOCRÁTICO	138
5.7.2. DESDE LA DÉCADA DE LOS NOVENTA A LA ACTUALIDAD	142
5.8. DESCENTRALIZACIÓN Y GOBERNANZA MULTINIVEL DEL SNS	148

CAPITULO VI: ELEMENTOS DINÁMICOS EXTERNOS AL SUBSISTEMA QUE CONDICIONARON LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EL PERIODO (2001-2014).

6.1. IDEAS Y CREENCIAS SOBRE LA RELACIÓN ESTADO MERCADO EN SANIDAD	153
6.2. OPINIÓN PÚBLICA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	168
6.3. EL IMPACTO DE OTRAS POLÍTICAS EN SANIDAD	170
6.3.1. LA POLÍTICA AUTONÓMICA	170
6.3.2. LA POLÍTICA ECONÓMICA	174
6.3.3. CAMBIOS EN LA COALICIÓN GOBERNANTE	178

CAPÍTULO VII. EL SUBSISTEMA DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2001 – 2014)

7.1. INTRODUCCIÓN	182
7.2. PRIMER PERIODO (2001-2003): ETAPA DEL GOBIERNO RUIZ GALLARDÓN ECHANIZ. RECEPCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS Y APROBACIÓN DE LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (LOSCAM)	
7.2.1. PRIMEROS DEBATES SOBRE EL MODELO	188
7.2.2. FORMULACIÓN Y DISCUSIÓN DE LA REFORMA: LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (LOSCAM)	190
7.3. SEGUNDO PERIODO (2003-2013) ETAPA GOBIERNOS AGUIRRE – LAMELA – GÜEMES Y FERNÁNDEZ - LASQUETTY Y GOBIERNO DE IGNACIO GONZÁLEZ Y FERNÁNDEZ - LASQUETTY	
7.3.1. INTRODUCCIÓN	196
7.3.2. PRIMER GOBIERNO AGUIRRE - LAMELA	196
GOBIERNO DE IGNACIO GONZÁLEZ - FERNÁNDEZ-LASQUETTY	196
7.3.3. COALICIONES DE ACTORES DEL SUBSISTEMA DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID	205
PRIMERA ETAPA: GOBIERNO RUIZ-GALLARDÓN- ECHÁNIZ	208
SEGUNDA ETAPA: GOBIERNOS AGUIRRE GONZÁLEZ	211
7.3.4 IDEAS Y CREENCIAS DE LAS COALICIONES PROMOTORAS:	219

CAPÍTULO VIII: RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

8.1 INTRODUCCIÓN	227
8.1.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	234
8.1.2. HIPÓTESIS GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	235

CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES FINALES

9.1 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	240
9.2 CONSIDERACIONES EN EL PLANO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	246
9.3 LIMITACIONES Y ORIENTACIONES PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES	249

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DOCUMENTALES

ABSTRACT

The Advocacy Coalition Framework in the Analysis of Public Policies: The Sanitary Reform of the Community of Madrid (2001-2014)

Author: Fernando González Barroso

The object of this research is to understand the reasons for changes in public policies; this subject of study is connected to the sub-discipline of political science called Public Policies Analysis. The analysis of policies aims to find an explanation to change and its consequences in the political and social situation in terms of the distribution of the advantages and disadvantages; to certain social groups, this represents all public policy. What change is it? Why is it made? What is its study interest? These are questions that have been made by policies researchers who are interested in identifying the key actors and their strategies in the political game as well as their interdependence with the structural elements of the political system. In brief, the object of this research is the analysis of change as a subject of study because in the explanation of change, power is also mentioned: who exercises it (how and what for) in the making of public policies.

This research is approached with the theoretical and methodological tools offered by the Advocacy Coalition Framework (ACF) developed by Paul A. Sabatier together with Hank C. Jenkins-Smith during the eighty's and ninety's, completed with recent researches and with the contribution of other authors such as Christopher M. Weible and enriched with other authors' reviews, especially Edella Schlager. Nowadays, this theoretical framework is considered one of the most innovative and virtuous approaches to the explanation of change in public policies by the scientific community. Its originality is based on the value it attributes to the cognitive aspects of the policies (the ideas and the learning as independent variables of the research). Moreover, it provides a useful methodology in the conceptualization of the ideas understood as systems of beliefs of the actors that are grouped in advocacy coalitions, which make use of the windows of opportunity in the

political system to introduce their own systems of beliefs into public policy. The authors understand that in order to identify change, it must be analysed for at least a decade, a suitable period of time to observe the effect of learning amongst advocacy coalitions and within the coalition's themselves. Understanding the major changes in policy; if those that affect the very heart of the values of policy are the result of disruptions external to the subsystem of policies, not to learning and beliefs.

It is known that in the fifty's, the political scientists research agenda was very focused on explaining the political change linked to the behaviour of the actors of the political system until the moment when the governments were formed; this way, the aim was to explain the electoral behaviour and the behaviour of the political actors: political parties, governments, parliaments, etcetera. Whatever occurred afterwards with the public policies was of little interest since, theoretically, the distribution of power was present in the parliament and in the government, and their decisions were incorporated directly to the public administration which operated automatically to the dictates of decision-makers.

However, policy analysts, leaded by Lasswell, attracted the researchers' interest to the agenda as a result of what happened with the makings of politics (as Aguilar points out), since power was also there, and researches often showed that those who held the power didn't always have institutional representation. In fact, actors with a great capacity to deploy resources of power through collective action with no representatives appeared in the political game; this leads to the interest of the studies of policies as an important part of the political system. The change in policies is therefore considered a change within the political system, it gives information about its real functioning, and complements the formal and normative approaches.

Indeed, in the political game, many actors interact in the public problem and in the choice of the most appropriate means for its solution: in the democratic systems, the actors struggle to impose their definition of the situation and consequentially their own interests and their world view. The Advocacy Coalition Framework is related to this perspective since it gives great importance to the cognitive aspects which are linked the definition of the problem: an intellectual act which the actors perform from their inner universe of

values and beliefs (according to José Ortega y Gasset, the actors are within the belief), and, as Sabatier and Jenkins-Smith point out, they are adhered to a theory of the nature of the problem and the answer that the public authorities consider the most appropriate.

This theoretical framework is also part of a trend of theory that aims to overcome statist, corporatists or pluralist theories of state–society relations. Thereby, it is supported by the idea that the state cannot be considered a superstructure which is controlled by the ruling class (Neo-Marxism) and it cannot be considered a guarantee of the interests of an elite or the bureaucracy (Neo-Weberian), nor is its role in relation to society irrelevant. The grey zones on which the political game is performed by public and private actors are very extensive in democratic societies: the Advocacy Coalition Framework is placed within an approach similar to the governance theory; State and Society define and develop together the public action, being the State the protagonist.

This research focuses on a case study: the sanitary reform of the Community of Madrid from 2001 to 2013 (from the transferences to the last reforms). The objective of this research is to answer the following question. Why does the administration of the Community of Madrid propel a series of sanitary reforms which are so different to those of other Spanish regions? The employed analysis unit is the subsystem of politics at sub-national level comprised of all the related public and private actors and an expert knowledge of all the aspects surrounding the problem formulation and the means to control it.

In order to obtain this information, qualitative techniques have been used: in-depth interviews with key actors and its discourse analysis mainly, and information triangulated with data collected from different resources. The research is analytically divided into two different periods: the first period comprises the second legislature of Alberto Ruiz Gallardón (1999-2003) and coincides with the stage in which transferences were received from the central government (INSALUD) and in which the law 12/2001 of Healthcare Standards of the Community of Madrid (LOSCAM) was approved. The second period comprises the legislatures from 2003, the year in which Esperanza Aguirre was elected president of the Community of Madrid who was later replaced by Ignacio González, until

the end of 2013.

Regarding the limits and extent of the research, it is circumscribed to the Spanish state because it is focused on a process and a multilevel government policy concerning the central government and the autonomous government. The observations are centred on territorial area of the Community of Madrid. In its extent, this research does not aim to evaluate the quality of the sanitary system after its political decentralization. Thus, the evaluation of the possible consequences that the decentralization of the healthcare system has had on its quality is not included in this research, nor is identifying the territorial inequalities caused by these transformations. The research focuses on the analysis of the changes in the sanitary policy and its reforms in the Community of Madrid from 2001 to 2013 as suggested by the Advocacy Coalition Framework.

This study is justified by the importance of generating knowledge of the changes in policies once they are tranfered to the subnational level in Spain, and identifying how, in this new political arena, the actors try to impose their ideas, beliefs and learning on the policies so that the policies are favourable to their own ideas and interests. Thereby, we consider it relevant to shed light on how actors operate in decentralized political systems in intergovernmental contexts of the interdependencies of the resources of public policies. Lastly, we have tried to find out which strategies are carried out by actors in order to achieve their objectives, to what extent these strategies have limite, and the opportunities, windows of opprtunity, that are opened or closed to facilitate the change in policies.

The research confirms that the applied theoretical framework is useful for the study of changes in public policies. In fact, the ideas and beliefs of the actors contribute to the explanation of these changes during a period in which the learning among the advocacy coalitions is also observed. Thus, it is demonstrated that in the analysed period, the coalitions of actors, those that developed at the same time in which the reforms were developed in a highly conflictive scenario, were conformed.

Theoretically, it is proved that the informal scenarios are becoming more important in the

formation of public policies, in spite of the parliament's leading role in this case. This is due to the fact that in these informal scenarios the alternatives, which are later discussed in the parliament, are defined; the definition of these alternatives have very strong corporate interests. The changes were favoured by external disturbances caused by the impact of other policies, in the same way that the economic policy affected the sanitary policy as a consequence of the adjustments imposed by the Central Government to the Regional Communities as a result of the financial crisis that started in 2008. These changes, in an intergovernmental context such as in Spain, were limited by the action of the advocacy coalition which was against the reforms, and the tribunals that stopped the externalization of the sanitary public services in the Community of Madrid.

Finally, the thesis shows how, in the Spanish context, the reforms are developed in a scenario of pluralistic decision-making; a plurality of public and private actors that interact in the political game. However, the thesis demonstrates us a model of democracy characterised by a limited pluralism, according to Lindblom, since there are elitist and oligarchic features with an strong presence of business and corporate interests.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se interesa por conocer las razones que explican los cambios en las políticas públicas. Este objeto de estudio está vinculado a la subdisciplina de la ciencia política denominada: análisis de políticas públicas. El análisis de políticas trata de encontrar una explicación al cambio y sus consecuencias en la realidad política y social, en términos de reparto de las ventajas y desventajas que para determinados grupos sociales supone toda política pública. ¿Qué es el cambio? ¿Por qué se produce? ¿Cuál es el interés de su estudio? Son interrogantes que se vienen realizando los investigadores de políticas, interesados en identificar a los actores protagonistas y las estrategias que despliegan en el juego político; así como, sus interdependencias con los elementos estructurales del sistema político. En definitiva, esta investigación que presentamos se centra en el análisis del cambio como objeto de estudio, porque en la explicación del cambio se identifica también el poder; a quienes lo ejercen, cómo y para qué, en la formación de las políticas públicas.

Esta investigación la abordamos con el utillaje teórico y metodológico que nos ofrece el marco de las coaliciones promotoras (MCP) desarrollado por Paul A. Sabater junto con Hans C. Jenkins-Smith desde los años ochenta y noventa, completado por las aportaciones de otros autores como Christopher M. Weible y enriquecido con las críticas de otros, especialmente Edella Schlager. Este marco teórico es considerado por la comunidad científica uno de los enfoques más novedosos y virtuosos en la explicación del cambio en las políticas públicas en nuestros días; la originalidad del mismo estriba en el valor que concede a los dos aspectos cognitivos de las políticas: las ideas y el aprendizaje como variable independiente de la investigación; y, además, provee de una metodología útil en la conceptualización de las ideas, entendidas como sistemas de creencias de los actores que se agrupan en coaliciones promotoras del cambio, que aprovechan las ventanas de oportunidad en el sistema político para introducir sus propios sistemas de creencias a la política pública. Los autores entienden que, para identificar el cambio, debe analizarse a lo largo de un periodo mínimo de una década, un tiempo adecuado para observar el efecto del aprendizaje entre coaliciones promotoras, y dentro de las propias coaliciones. En el entendido de que los cambios mayores en la política, es decir, aquellos que afectan al

núcleo profundo de valores de la misma son consecuencia de perturbaciones externas al subsistema de la política, y no al efecto del aprendizaje y las creencias.

Es conocido que la agenda investigadora de los científicos políticos estuvo en los años cincuenta muy centrada en explicar el cambio político vinculado al comportamiento de los actores del sistema político hasta el momento en que se formaban los gobiernos; así, se trataba de explicar el comportamiento electoral y de los actores políticos, poco interesaba qué ocurría después con las políticas públicas porque, en teoría, la distribución del poder se hacía presente en el parlamento, en el gobierno, y las decisiones de los mismos se incorporaban directamente a la administración pública, que operaba de forma mecánica al dictado de los decisores. Sin embargo, los analistas de políticas, con Lasswell a la cabeza, pusieron en la agenda el interés por lo que ocurría en la hechura de las políticas (nos recuerda Aguilar) porque aquí también estaba el poder y, a menudo, las investigaciones demostraban que quienes ejercían el poder no siempre tenían representación institucional. De hecho ocurría que en el juego político aparecían actores con una gran capacidad de desplegar recursos de poder a través de la acción colectiva sin ser representantes, de aquí el interés por los estudios de las políticas como parte importante del sistema político. El cambio en las políticas es, pues, considerado un cambio en el interior del sistema político, nos informa sobre su funcionamiento real, y contribuye a completar los enfoques formales y normativos.

En efecto, en el juego político diversos actores interactúan en la definición del problema público y en la elección de los instrumentos más adecuados para su solución; en los sistemas democráticos los actores pugnan por imponer su definición de la realidad, en consecuencia sus intereses y visión del mundo. A esta visión del cambio político se vincula el marco de las coaliciones promotoras, pues concede gran importancia a los aspectos cognitivos vinculados a la definición del problema, un acto intelectual que los actores realizan desde su universo interno de valores y creencias en las que, parafraseando a don José Ortega y Gasset, *los actores en la creencia están*; y se adhieren a una teoría, y nos recuerdan Sabatier y Jenkins-Smith, sobre la naturaleza del problema y la respuesta que consideran más adecuada desde los poderes públicos.

Este marco teórico, además, forma parte de una corriente teórica que trata de superar las

teorías estatistas, corporativistas, o pluralistas de las relaciones Estado- Sociedad. Así, se apoya en la idea según la cual ni el estado puede ser considerado una superestructura en manos de la clase dominante (neomarxismo), ni es rehén de los intereses de una élite o burocracia (neoweberianas), ni su papel en relación con la sociedad es irrelevante; sino que las zonas grises en las que se produce el juego político entre actores públicos y privados es muy amplia en las sociedades democráticas. El marco de las coaliciones promotoras se ubica en un planteamiento cercano a la teoría de la gobernanza, Estado y Sociedad definen y desarrollan conjuntamente la acción pública reconociéndose, eso sí, un papel protagónico al Estado.

Esta investigación se aborda con un diseño centrado en un estudio de caso: la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid a lo largo del periodo 2001-2014 (desde las transferencias hasta las últimas reformas). Y el objetivo de investigación ha sido responder a la siguiente pregunta: ¿por qué el gobierno de la Comunidad de Madrid impulsa una serie de reformas sanitarias que marcan una distancia importante respecto al resto de regiones españolas? La unidad de análisis utilizada ha sido el subsistema de la política a nivel subnacional conformada por todos los actores de procedencia pública y privada con una vinculación y un conocimiento experto, tanto en todos los aspectos que rodean a la formulación del problema, como a los instrumentos para encauzar el mismo.

Para obtener la información se ha recurrido a técnicas cualitativas como entrevistas en profundidad con actores clave y análisis del discurso, principalmente; información que se ha triangulado con datos de fuentes diversas. La investigación se divide analíticamente en dos periodos diferenciados: el primero comprende la segunda legislatura del gobierno de Alberto Ruiz Gallardón (1999-2003) y se corresponde con la etapa de recepción de las transferencias del gobierno central (INSALUD), y la aprobación de la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM); el segundo periodo abarca las legislaturas que van desde 2003, año en el que Esperanza Aguirre es elegida presidenta de la Comunidad de Madrid, hasta 2014 con Ignacio González como presidente regional.

En cuanto a los límites y alcance de la investigación, hay que decir que se circunscribe al ámbito geográfico del estado español debido a que se trata de un proceso y una política de gobierno multinivel en el que son competentes el gobierno central y autonómico; las

observaciones se han centrado en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid. Esta investigación en su alcance no ha tenido como objetivo evaluar la calidad del sistema sanitario después de su descentralización política. Asimismo, ha quedado fuera de este proyecto valorar las consecuencias que para la cohesión y calidad del sistema nacional de salud ha podido tener la descentralización del mismo, o conocer las desigualdades territoriales en salud como consecuencia de estas transformaciones. La investigación se centra en el análisis de los cambios en la política sanitaria y sus reformas en la Comunidad de Madrid en el periodo 2001-14 como aconseja el marco teórico empleado.

Este estudio se justifica por la importancia de generar conocimiento sobre los cambios en las políticas una vez transferidas al nivel subnacional en España y, además, identificar de qué forma los actores en estas nuevas arenas políticas intentan trasladar sus ideas, creencias y aprendizaje a las políticas, de forma que estas tomen un rumbo más acorde con sus ideas e intereses; asimismo hemos considerado relevante arrojar luz sobre cómo en los sistemas políticos descentralizados operan los actores en contextos intergubernamentales de interdependencias de recursos en las políticas públicas. Por último, hemos tratado de conocer qué estrategias despliegan los actores con el fin de conseguir sus objetivos, en qué medidas estas estrategias tienen límites y oportunidades, ventanas de oportunidad, que se abren o cierran para favorecer el cambio de las políticas.

En el primer capítulo se plantea el problema de la investigación y se formula la pregunta que permitió problematizar y delimitar los contornos de la investigación ¿Por qué la Comunidad de Madrid al recibir las competencias sanitarias desarrolla un tipo de reformas distantes respecto al resto de CC AA? A priori la explicación del cambio estaba vinculada a la ideología política del gobierno, sin embargo, metodológicamente, esta variable la hemos querido controlar puesto que en el periodo elegido de estudio gobierna el mismo partido político. Así, se trata de demostrar que la explicación del cambio de acuerdo con el marco teórico seleccionado se decanta más por el lado de las ideas y el aprendizaje que por aspectos ideológicos del gobierno. Este primer capítulo se completa con los apartados destinados a justificar el estudio y su alcance teórico y práctico.

El segundo capítulo está dedicado a explicar los aspectos metodológicos de la investigación, esto es, la delimitación del objeto de estudio, los objetivos de la

investigación, la estrategia y diseño de la investigación; así como las técnicas de investigación empleadas para recolectar dicha información. Se finaliza con un plan de exposición de la tesis.

En el capítulo tercero repasamos los elementos fundamentales del marco de las coaliciones promotoras, cuyas investigaciones han permitido definir el problema de estudio, y la propuesta de las hipótesis de la investigación. El objeto de estudio, siguiendo los preceptos de este enfoque metodológico, es el cambio de la política sanitaria, en un contexto intergubernamental, analizada a lo largo de un periodo mínimo de una década. Un periodo de tiempo lo suficiente extenso para que las observaciones nos aporten evidencias sobre la incidencia del aprendizaje en el cambio de la política pública.

A continuación, el capítulo cuarto recoge la evolución de la política sanitaria en España, y la importancia que en dicha política tienen las dimensiones políticas, de poder, y los intereses materiales de los actores alrededor de la misma. Asimismo se exponen los debates y las controversias más importantes en relación al lugar que el estado y el mercado deben ocupar en la gestión sanitaria pública; así como, las ideas y creencias a nivel nacional e internacional sobre cómo hay que gestionar la sanidad pública, cuáles son las ideas y valores que deben presidir los modelos sanitarios públicos, y el paradigma dominante sobre los retos y soluciones en la gestión sanitaria pública.

El quinto capítulo está dedicado a exponer los factores estables y/o estructurales que han condicionado la política sanitaria de nuestro país y, como consecuencia, de la Comunidad de Madrid a lo largo del periodo estudiado. Así, se exponen elementos que están vinculados a la visión del problema y sus atributos: el ser humano y la salud; para, a continuación, desarrollar el contexto institucional y evolutivo del estado de bienestar en España; los cambios sociales, económicos y políticos, y los factores normativos e institucionales vinculados a la gobernanza del sistema como consecuencia de su descentralización político-administrativa.

En el capítulo sexto exponemos los factores dinámicos externos al subsistema de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid. Serían aquellos factores que no son

propiamente estructurales sino cambiantes y que han condicionado los cambios a lo largo del periodo estudiado. A continuación, se expone la evolución de las ideas y las creencias sobre la relación estado-mercado en sanidad, la evolución de la percepción de los ciudadanos en relación a la política sanitaria y el sistema sanitario español. Por último, se dedican tres apartados a explicar cómo los productos o efectos de otras políticas han impactado en la política sanitaria, como la política autonómica, la política económica y los cambios en la coalición gobernante.

El capítulo séptimo lo dedicamos a exponer el subsistema de la política, es decir, el estudio del caso concreto. Este subsistema, siguiendo los preceptos del marco de las coaliciones promotoras, está compuesto por un dominio de política; la sanidad, a la que se vinculan un grupo de actores públicos y privados que conforman una élite con un conocimiento muy avanzado sobre el problema y los instrumentos para la solución del mismo. Estos actores se coaligan en grupos que comparten ideas y creencias sobre el problema y las mejores soluciones. Se exponen, para cada periodo analítico, cuáles son estos actores, cuáles son las coaliciones y cuáles sus referentes de acción, valores e intereses.

Los siguientes capítulos, el octavo y noveno de la tesis doctoral, están dedicados a exponer las conclusiones de la investigación; con este fin se recopilan los momentos centrales de la investigación, y se exponen las hipótesis y los resultados. Finaliza este documento con la redacción de un apartado en el que se exponen las limitaciones que hemos encontrado a lo largo de la investigación, las preguntas por responder, y se esbozan algunas sugerencias para siguientes investigaciones que aborden este mismo tema de estudio.

CAPÍTULO I: EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.Introducción

El problema que da origen a esta investigación está relacionado con la dinámica de aprendizaje de políticas entre los gobiernos autonómicos en España a partir de la descentralización del sistema político. Se parte de la idea de que con la descentralización de la sanidad en España se abrió una “ventana de oportunidad política” (*policy windows*) para reformar el sistema sanitario; un sistema cuya responsabilidad organizativa y de gestión pasó de estar enteramente en manos del gobierno central a estar gestionado por las Comunidades Autónomas. En este contexto se dieron las condiciones para que se produjera una dinámica de aprendizaje de innovaciones en la gestión sanitaria que llevó tanto al Ministerio de Sanidad como a las Comunidades Autónomas a incorporar experiencias avanzadas por las primeras regiones con competencias en la materia, siguiendo el paradigma internacional predominante de la Nueva Gestión Pública.

Una primera pregunta que nos hacemos es ¿cómo se produce este aprendizaje? ¿Qué factores explican este fenómeno? Sabemos que los gobiernos aprenden siguiendo modelos ya experimentados por otros¹, pero qué factores lo explican y qué impacto tienen sobre la formación de las políticas públicas, es un terreno menos explorado. En definitiva, se trata de conocer qué papel juegan las ideas en este proceso de aprendizaje y en la explicación del cambio en las políticas. Resulta difícil comprender que los gobiernos adopten las políticas de otros sin condicionarlas y renunciando al poder de beneficiar a unos grupos frente a otros en la redistribución de valores, intereses e incentivos; esencia de la política democrática, como señala Aguilar (1991)

Los debates que recogen la literatura teórica sobre este fenómeno de aprendizaje acreditan que es un fenómeno común, especialmente entre gobiernos próximos cultural e ideológicamente; por otro lado, se trata de una práctica que, según Rose (1991,1993), obedece a que la variedad y naturaleza de los problemas que afrontan los gobiernos en las

¹ Un ejemplo sería la universalización de la atención sanitaria a las personas sin recursos, una medida implementada por la Consejería de Sanidad del País Vasco por decreto, que luego sería seguida por el resto de CC AA hasta completar todo el sistema. Este es un caso paradigmático de cómo la descentralización inició un fenómeno de innovaciones a través de las regiones que luego incorporaría todo el sistema nacional de salud (SNS)

sociedades modernas son similares. Los gobiernos en vez de arriesgar prefieren aprender de las experiencias ajenas, incorporar cambios graduales y no radicales. Esta manera de gobernar se ha visto ampliada debido al potencial de las tecnologías de la información que han facilitado el acceso al conocimiento y las experiencias de otros gobiernos y sus resultados. En base a ello, existe pues, por parte de los gobernantes, una actitud de búsqueda selectiva de políticas o experiencias a importar; especialmente en contextos de presión del entorno y escasez de tiempo. En esta búsqueda influyen factores diversos: la proximidad cultural y geográfica, factores técnicos y presupuestarios (vinculados a la viabilidad de las políticas) y, especialmente, el factor ideológico (Bennett, 1991a, y 1991b).

Para el caso de la investigación que presentamos, sirva como antecedente comentar que en los primeros años de transición política española, la reforma sanitaria no consigue situarse entre los problemas principales en la agenda política del gobierno del estado. Los primeros gobiernos entendieron que lo importante en aquel momento era la reforma política hacia una democracia homologable al resto de democracias europeas. En este contexto la gran reforma sanitaria de la democracia tuvo que esperar hasta la aprobación de la Constitución Española de 1978 que recogería dos principios que impulsarían los futuros cambios en el sistema sanitario español: el derecho a la salud (art. 43) y el reconocimiento de la autonomía para los territorios (título VIII), clave este último para la descentralización del estado. En todo caso, el cambio de modelo sanitario cristalizó con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) en 1986², impulsada por el gobierno socialista (PSOE), que diseñó los principios del actual Sistema Nacional de Salud (SNS): universalidad en la cobertura, financiado con impuestos y de prestación pública.

Estas primeras reformas tuvieron el objetivo de contribuir a reducir las desigualdades sociales, la pobreza y mejorar el estado de salud de la población, en suma, buscaron articular un estado de bienestar. Hay que señalar que en los años ochenta y noventa la mayor parte de los países europeos impulsaron reformas tendentes a controlar el gasto y a mejorar la economía, eficacia y eficiencia del sistema público. Estas reformas, que

² El Real Decreto 1377/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, fue un cambio importante para la modernización de la Atención Primaria, permitió reorganizar y reestructurar los servicios, integrando las partes preventivas y asistenciales, se crearon las Zonas Básicas de Salud, y se convirtió en verdadera puerta de entrada y filtro del sistema.

inspiraron el Informe Abril Martorell (1991) impactan en nuestro país cuando comienza la reforma hacia la integración del sistema de salud, y fracasaron por considerarse privatizadoras³.

La descentralización sanitaria comenzó con las transferencias a la Comunidad Autónoma de Cataluña, que accedió al estatuto de autogobierno en 1979 por la vía rápida acogéndose al art. 151 de la Constitución Española, y que recibió las transferencias en 1981. A partir de este momento, el gobierno de Convergencia i Unió, titular del ejecutivo, inició un proceso de reforma de la sanidad, para ello desplegó una estrategia destinada a negociar y acordar con los distintos actores del subsistema sanitario catalán con el fin de integrar los recursos sanitarios públicos -heredados del gobierno central- y los recursos privados -existentes históricamente en el territorio- para conformar una red mixta a disposición de la población. En el año 1991, una década después, el parlamento catalán aprobó la Ley 15/1990 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). Un dato relevante a tener en cuenta es que, por entonces, los recursos que Cataluña recibe procedentes del Instituto Nacional de Salud (INSALUD)⁴ suponían el 30% de las camas y de los centros sanitarios en este territorio; por el contrario, la red privada en manos de fundaciones, mutualidades, empresas sanitarias, gobiernos locales y órdenes religiosas, ascendía al 70% de los recursos sanitarios disponibles. Esta circunstancia explica que las reformas en Cataluña no estuvieran orientadas a privatizar el sistema sanitario, ya lo era en gran medida, sino a racionalizar una realidad preexistente.

El proceso de traspasos de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas se cerró en 2002. Junto a la Comunidad de Madrid, otras nueve regiones más recibieron las competencias sanitarias. El gobierno de la Comunidad⁵ inició un procedimiento para la

³ El Informe Abril Martorell fue el resultado de una comisión parlamentaria encargada de proponer medidas para mejorar la situación general de insatisfacción de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario, la baja calidad del servicio y los costes excesivos del mismo. La propuesta fue presentada en el parlamento en septiembre de 1991 y contenía sesenta y nueve medidas destinadas a mejorar el sistema. Las propuestas fueron rechazadas por los ciudadanos, oposición, sindicatos y profesionales. El informe quedó en el olvido, pero todo el mundo reconoce que ha sido la inspiración de gran parte de las reformas que se han desarrollado en el sistema sanitario con posterioridad; incluso las reformas aplicadas en los sistemas regionales de salud después de las transferencias.

⁴ El INSALUD fue un órgano creado por la Ley General de Sanidad en 1986 encargado dentro del Ministerio de Sanidad de la gestión de todos los recursos sanitarios del estado, desde que se creara el Ministerio desligado de la Seguridad Social. Este órgano se constituyó en una estructura burocrática especializada en la organización y gestión sanitaria, con un gran poder en el sector, y fue el encargado de pilotar las negociaciones de las transferencias hacia las Comunidades Autónomas. Es un órgano que desaparece prácticamente con la culminación del proceso de transferencias.

⁵ Los gobiernos de la Comunidad de Madrid, especialmente con Ruiz Gallardón, fueron renuentes a recibir las transferencias sanitarias debido al temor que les producía que esto descabalara la financiación de los presupuestos

aprobación parlamentaria de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), norma que sería tramitada con carácter de urgencia, debido a que el gobierno central había señalado 2002 como fecha tope para cerrar los traspasos pendientes, condición necesaria para la posterior reforma del sistema de financiación autonómica muy vinculado con la sanidad⁶. En el caso de la Comunidad de Madrid la ley contenía un modelo de reforma muy parecido al recogido por la norma catalana, existiendo prácticamente una década de diferencia en su aprobación y tratándose de sistemas sanitarios heredados distintos. Por otro lado, el gobierno catalán que asume la transferencia sanitaria era de orientación ideológica nacionalista catalanista y cristiano demócrata, formado por la coalición CiU (Convergencia Democrática de Catalunya) y (Unió) Unión Democrática de Catalunya de tendencia nacionalista catalanista y socialcristiana. El gobierno de Madrid lo detentaba el ejecutivo del Partido Popular, de ideas conservadoras, en lo económico, y centralistas, en su concepción del modelo de estado, con los gobiernos de Gallardón, pero más neoliberales en lo económico a partir de los gobiernos de Esperanza Aguirre que presidiría la Comunidad de Madrid a partir de 2003.

Asimismo, llama la atención el procedimiento para la aprobación de la ley en ambos casos. La ley catalana fue el resultado de un proceso gradual de acuerdos, negociaciones y búsqueda de consensos para articular los intereses entre los distintos actores del sistema: gobiernos locales, mutualidades, profesionales, sector empresarial, etcétera. Sin embargo, en el caso de Madrid, el proceso fue muy distinto. No hubo prácticamente

autonómicos. La mayor parte de los entrevistados están de acuerdo en que las transferencias fueron muy mal negociadas por parte del gobierno de entonces, y que la Comunidad de Madrid recibió las transferencias con un déficit financiero notable. Circunstancia que se produjo precisamente porque el Partido Popular gobernaba en la Administración central y en la Comunidad Autónoma lo que redujo notablemente el margen de negociación.

⁶ Para las Comunidades Autónomas de Régimen Común, el modelo de financiación que rige a partir de 2002 se caracteriza por los siguientes cambios: 1) de un modelo de financiación condicionada a un sistema en el que la sanidad, una vez completado el proceso de descentralización, se integra en la financiación general de las Comunidades Autónomas (CCAA). Aunque las regiones se comprometían a dedicar un mínimo cada año a financiar la sanidad de sus ciudadanos. 2) el nuevo sistema ha sustituido el criterio de reparto inicial de recursos a las CC.AA, basado únicamente en los porcentajes de población protegida, por un criterio per cápita ajustado por la población mayor de 65 años y la insularidad. 3) el modelo de financiación vigente incorpora un mecanismo transitorio de garantía de la suficiencia dinámica, por el cual el gobierno central garantizaba durante los tres primeros años (2002, 2003 y 2004) que el gasto sanitario crecería al mismo ritmo que el PIB nominal. Asimismo, se introdujo un nuevo impuesto minorista sobre los hidrocarburos que se compone de dos tramos –uno estatal y otro autonómico- y se afecta a la financiación de la sanidad, con el fin de aumentar el montante de recursos disponible para esta política de gasto. Una de las novedades más importantes del nuevo modelo de financiación autonómica con repercusiones evidentes sobre la financiación sanitaria se refiere al cambio en la composición de los ingresos de las CC.AA. derivado de un notable incremento de la corresponsabilidad fiscal.

participación social en el periodo en el que se fraguaron las reformas; el procedimiento para su aprobación fue opaco y tramitado con urgencia, cierto es que el contexto condicionaba a los gobernantes madrileños por el inminente cierre de los traspasos y la aprobación de los acuerdos de financiación autonómica de 2002, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF).

En consecuencia, Cataluña desarrollaría un modelo con importantes elementos innovadores respecto al modelo heredado de la Administración Central. Crea el primer Servicio Regional de Salud, destinado al objetivo de materializar la separación de funciones⁷, incorpora las Agencias Sanitarias con el fin de diferenciar las funciones de Aseguramiento, Financiación y Provisión, estos son cambios formales destinados a continuar con la provisión privada de servicios sanitarios, financiados con recursos públicos; fundamentos que chocaban con la Ley General de Sanidad. Por último, la innovación más singular fue la creación de la Red Sanitaria de Utilización Pública. Un modelo que abrió la puerta a la colaboración pública y privada, que apuesta por la creación de un *mercado regulado*⁸ entre la red asistencial pública y privada (proveedores públicos y privados compitiendo en un mercado de servicios sanitarios de financiación pública). En efecto, en Cataluña son las condiciones de la realidad sanitaria heredada y la ideología del gobierno de Convergencia Democrática, con un perfil pragmático vinculado a intereses políticos y empresariales importantes, lo que explicaría el impulso de un conjunto de iniciativas de la mano de los actores sociales destinado a conformar una red asistencial que incorporó los actores privados por la vía de la acreditación, de forma que la red privada preexistente pasaba, a través de acuerdos y convenios, a ser de uso público. Los contratos, programa y convenios sería la fórmula utilizada para vincular formalmente estos proveedores de procedencia y naturaleza diversa, que en aquellos momentos

⁷ Separación de funciones es un concepto que hace referencia a una reforma que trata de gestionar el servicio sanitario público de forma que la función de financiación y aseguramiento sean tutelados por entes públicos, pero la función de prestación asistencial del servicio puede ser realizada o bien por la red pública o la red privada previamente acreditada. El objetivo fundamental es favorecer la creación de un mercado en el que compiten proveedores públicos y privados por la prestación de los servicios sanitarios. El asegurador y financiador sigue siendo el estado, el prestador final puede ser cualquier actor privado, o público.

⁸ Los mercados internos competitivos se crean para el desarrollo de una competencia simulada pero efectiva entre órganos públicos. Esta propuesta se inserta en el cuerpo de ideas y principios de gestión pública del paradigma de la Nueva Gestión Pública (NGP). El objetivo es favorecer la competencia entre actores prestadores de servicios sanitarios en el que centros públicos y privados compiten por los pacientes, es una manera de introducir la competencia propia de un mercado libre, el resultado esperado es la mayor eficiencia en la asignación de los recursos. Este tipo de reformas se experimentaron en muchos países en los noventa, especialmente en Reino Unido, con resultados muy desiguales.

bordeaban la quiebra.⁹

El resultado del proceso de descentralización sanitaria dio lugar a la aparición paulatina de tres modelos diferenciados de subsistemas sanitarios. Por un lado, tendríamos el “Modelo Catalán”, de provisión público privada de servicios sanitarios, y una gran importancia del tercer sector y el mutualismo. Por otro lado, el “Modelo Andalúz”, exponente de un modelo público puro (socialdemócrata) en el que la provisión es prácticamente cien por cien pública, pero que también ha adoptado innovaciones de gestión, en este caso, la *empresa pública*. El tercer modelo, sería el “Modelo Madrileño” (liberal), un caso en el que las reformas neoliberales han alcanzado avances singulares, caracterizado por la externalización de la atención sanitaria, especialmente la hospitalaria a través de concesiones administrativas y modelos PFI.¹⁰ Además de la creación del área sanitaria única, y la libertad de elección.

En resumen, el gobierno de Cataluña aprovechó la recepción de las competencias para reformar la sanidad siguiendo las propuestas del paradigma dominante a nivel internacional de control del gasto, la creación de mercados regulados. Así, eficacia, eficiencia y calidad eran los valores difundidos por el paradigma de la Nueva Gestión Pública¹¹, ejes para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos. Hay que tener

⁹ Según Raquel Gallego (2001) el resultado de estas reformas fue más de retórica política instrumentada para legitimar las transferencias que de cambios reales. El resultado de estas reformas fue no tanto la creación de un mercado regulado favorecedor de la competencia entre proveedores públicos y privados, sino la cristalización de un “mercado relacional” en el que proveedores y actores públicos y privados que manejan insumos críticos para el sistema desarrollan relaciones de cooperación estables y duraderas.

¹⁰ Debemos aclarar que estos modelos a los que nos referimos no son una realidad evidente, ni han sido catalogados como tal en ningún tipo de publicación, estudio o informe sobre estos temas, es una propuesta que se hace para ejemplificar que efectivamente la descentralización ha favorecido que aparezcan modelos diferenciados, lo que hace que cobre fuerza la hipótesis de que en nuestro país existen diferentes sub-modelos de bienestar, en función del color político de los gobiernos y las herencias institucionales (path dependency) recibidas y las estructuras sociales (capital social) local. Se podría incluir la Generalitat Valenciana dentro del modelo madrileño, caracterizado por el uso de la gestión indirecta y la privatización; dicha Comunidad Autónoma lideró la experiencia conocida como “modelo Alcira” una experiencia de gestión externalizada de la atención primaria y especializada de una comarca valenciana.

¹¹ La Nueva Gestión Pública es un paradigma de gestión pública inspirado en el sector empresarial que consiste en incorporar mecanismos privados de gestión al sector público. En el caso de la sanidad pública este paradigma inspiró las reformas de los años ochenta y noventa emprendidas en la mayor parte de los países de la OCDE, cuyos objetivos se centraban en la búsqueda de mejorar los incentivos de los actores y la competencia entre proveedores para conseguir mayor eficiencia. Para ello se proponía la creación de mercados regulados y la introducción de contratos con proveedores. Igualmente se proponía la separación de funciones de comprador y proveedor de servicios, dentro del sector público, y la articulación de la relación a través de contratos de prestación de servicios entre financiador y proveedor. En las tradicionales burocracias públicas las tres funciones, comprador, asegurador y proveedor estaban integradas, caso de España, las propuestas de la NGP es la de separar estas funciones, y reconfigurar las estructuras institucionales para diferenciar roles (regulador, asegurados, financiador, prestador de servicios) lo que permitiría crear un mercado que incentivara la competencia entre los proveedores.

en cuenta que para los gobiernos catalanes en esos momentos era muy importante aprovechar las transferencias para legitimar sus instituciones de autogobierno, y trasladar a la ciudadanía la idea de que se gestionaban mejor los servicios desde Cataluña.

En síntesis, el comienzo de la descentralización de la sanidad abre una posibilidad para reformar el sistema sanitario desde las regiones. Cada región aplicó su propio modelo de organización sanitaria siguiendo modelos ya experimentados por otras, o bien, tomando aquellas experiencias más acordes con los principios y valores políticos de cada gobierno. Por ello, encontramos innovaciones de gestión que se importan de unas Comunidades Autónomas a otras. Ello se da en un contexto de *interdependencia* en el que el gobierno central asume un rol garante y coordinador del Sistema Nacional de Salud; no hay que olvidar que la política sanitaria en España es una política de competencia concurrente entre el gobierno central y los gobiernos autonómicos.¹² Si partimos de la premisa de que la descentralización favoreció la transferencia de políticas, nos preguntamos, si en la formación de las políticas se estructuran y representan intereses en conflicto que defienden actores diversos, ¿cómo se estructuran esas ideas e intereses? ¿Qué papel tienen las ideas y las creencias de los gobiernos en la explicación del cambio de las políticas públicas? ¿Cómo se produce el aprendizaje y cómo ese aprendizaje favorece el cambio de las políticas? A dar respuesta a estas preguntas está destinado este trabajo que, para encontrar respuestas, se ha servido del planteamiento teórico y metodológico del Marco de las Coaliciones Promotoras. Un esquema teórico que ha resultado de gran utilidad porque pone el énfasis en la variable de ideas y creencias, así como el aprendizaje, en el centro de la explicación del cambio en las políticas públicas, su objeto de estudio.

¹² La política sanitaria en España es una competencia concurrente entre Gobierno Central y Comunidades Autónomas. Ello quiere decir que ambos niveles tienen competencia en la materia: el gobierno central aprueba la legislación básica, y las comunidades aprueban la legislación supletoria, y de desarrollo al tiempo que tienen la completa responsabilidad de la gestión de los recursos sanitarios: red asistencial y recursos humanos del sistema. Este modelo implica un alto grado de coordinación entre los dos niveles para lo que se creó en su día la Conferencia Sectorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

1.2.DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO Y MARCO ANALÍTICO

Esta investigación analiza la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid a lo largo del periodo 2001-2013 (desde las transferencias hasta las últimas reformas). Se considera este periodo porque este es el marco temporal que el Marco de las Coaliciones Promotoras prescribe para el análisis del cambio en las políticas. En una década es posible apreciar el cambio y especialmente el efecto del aprendizaje que se produce entre coaliciones promotoras y dentro de las coaliciones promotoras, es pues necesario que el investigador abarque un periodo de al menos una década, tal y como recomiendan los autores de la teoría, Sabatier y Jenkins Smith.

Se analiza este periodo porque nos ha permitido controlar la variable política, la ideología política del gobierno en la Comunidad de Madrid, que en este periodo estuvo en todo momento ostentado por el Partido Popular, de forma que se pusiera en juego la variable aprendizaje en la explicación del cambio. Es la primera década en la que la sanidad es gobernada por el gobierno autonómico, y en la que se observan cambios importantes con elementos de controversias y conflictos que han convertido la política sanitaria en el eje del conflicto político en la región.

La investigación se divide analíticamente en dos periodos diferenciados: uno que comprende la segunda legislatura del gobierno del Partido Popular, bajo la presidencia de Alberto Ruiz Gallardón (2001-2003) que se corresponde con la etapa de recepción de las transferencias del gobierno central (INSALUD), y la aprobación de la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)¹³, y el segundo periodo que abarca las legislaturas que van desde 2003, año en el que Esperanza Aguirre es elegida Presidenta de la Comunidad de Madrid, y el breve periodo del Presidente Ignacio González desde el comienzo de la legislatura con Aguirre (2007-2013). Esta parte la hemos incorporado en último momento porque se considera de gran relevancia para comprender los cambios, puesto que las medidas aprobadas en los últimos años muestran una radicalización del conflicto entre gobierno y profesionales sanitarios (movimiento de

¹³ La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid fue aprobada en el parlamento madrileño semanas antes de que Madrid recibiera las transferencias sanitarias del gobierno central (INSALUD)

las batas blancas) sin parangón en otras regiones españolas.

Las observaciones en el trabajo de campo se han concentrado en las instituciones y en actores públicos y privados siguiendo las premisas del Marco de Coaliciones Promotoras; para ello se ha buscado conocer el referente de ideas sobre las reformas sanitarias de políticos, gobernantes, periodistas, académicos, expertos, etcétera. Para su mejor análisis se han definido *tres hitos* que marcan un antes y un después en los impulsos políticos de los cambios. El primero fue el periodo previo a “la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001). El segundo coincide con el triunfo electoral del Partido Popular por la candidatura de Esperanza Aguirre y el “Primer Gobierno de Aguirre” (2003-2006). Un tercer hito está unido al cambio de Presidencia y a la llegada del Presidente Ignacio González, quien impulsaría el “Plan de Medidas para la Sostenibilidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid (2013)” Estos tres momentos incorporaron a la agenda cambios fundamentales.

Las observaciones del caso elegido nos han permitido identificar los actores que conforman la coalición promotora de actores impulsora de las reformas. Asimismo, han permitido identificar las ideas y los intereses que sustentan el discurso de estas coaliciones y sus estrategias de acción. Ello ha facilitado una explicación causal del cambio en la política pública y conocer las razones que impulsaron al gobierno de la Comunidad de Madrid, desde la Presidencia de Aguirre a implementarlo, puesto que la reforma aplicada desde 2003 no era consecuencia del surgimiento de un nuevo problema sino más bien obedeció a la voluntad de trasladar sus sistemas de creencias a la política en relación a la liberalización del mercado sanitario, favoreciendo la incorporación de operadores privados en la provisión pública sanitaria.

1.3.LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de esta investigación ha sido averiguar en qué medida la política sanitaria de la Comunidad de Madrid ha cambiado como consecuencia de las reformas y medidas aplicadas por los gobiernos del Partido Popular, y conocer cuáles son los objetivos que el gobierno regional ha perseguido con estos cambios, cuáles han sido sus beneficiarios y sus perjudicados.

Objetivos específicos de la investigación:

1. Identificar los actores y la coalición de actores que cristalizaron alrededor de los impulsos de reforma de la sanidad madrileña durante el periodo estudiado.
2. Averiguar las ideas, creencias e intereses que estaban en la base de esta coalición de actores y conocer cómo estos actores llevan estas ideas y creencias a la política para imprimir el cambio en el modelo de gestión de la sanidad.
3. Identificar los actores que durante el periodo estudiado se opusieron al cambio, y conocer sus estrategias de actuación para impedirlo.
4. Identificar las ideas y creencias de la coalición de actores que se posicionaron en contra del cambio, y conocer los valores e ideas fundamentales del modelo de gestión defendidos por esta coalición promotora.
5. Conocer las ideas y creencias fundamentales respecto a la gestión sanitaria pública y cómo estas han podido penetrar y ser compartidas por las coaliciones de actores. Identificar en qué medida durante el periodo analizado pudo existir aprendizaje entre actores y coaliciones de actores.
6. Averiguar la estrategia de los actores para incorporar sus ideas, creencias e intereses a la política pública.

1.4.EL SISTEMA DE HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se definen las hipótesis que han orientado esta investigación.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis general de la investigación

El modelo de reforma implantado en la Comunidad de Madrid, en el periodo estudiado, ha supuesto una reconfiguración en la forma de organizar y gestionar la sanidad que ha buscado fundamentalmente la “separación de funciones” y la “creación de un mercado mixto público privado” (Red Sanitaria de Utilización Pública)¹⁴, cuyo objetivo ha sido favorecer la penetración de la gestión privada en la provisión pública sanitaria; en consecuencia, la incorporación de los intereses de importantes grupos privados del sector sanitario al sector público. Para ello el gobierno de la Comunidad de Madrid desde sus inicios toma como modelo de reforma el modelo catalán. El Gobierno de la Comunidad de Madrid y el partido que lo ha sustentado (PP) en su programa sanitario habían defendido siempre un modelo de reforma sanitaria que estaba en sintonía con el impulso de fórmulas de colaboración público privada, la libertad de elección, y la incorporación de instrumentos y medidas de gestión privada en la gestión sanitaria pública. En consecuencia, una vez recibidas las transferencias, se aplica en la toma de medidas en esta dirección una línea que conoce un impulso radical, especialmente a partir del primero gobierno de Esperanza Aguirre, y su apuesta por la externalización y las concesiones administrativas en la construcción de hospitales públicos; una orientación cuyo objetivo ha sido la creación de una situación irreversible de incorporación de la gestión privada a la sanidad pública.

¹⁴ La Red Sanitaria de Utilización Pública, fue una medida que se incorporó a la Sanidad Catalana para permitir que servicios públicos (procedentes del INSALUD transferido) y servicios privados, pertenecientes a Aseguradoras, Mutuas, Hospitales concertados entre Cruz Roja y las Diputaciones y Gobiernos Locales, etcétera, a través de un proceso de acreditación, pudieran formar parte de una misma red sanitaria, acreditada y financiada por el sector público. La idea fue crear un **mercado regulado**, para que proveedores públicos y privados compitieran por la oferta de servicios. En realidad, esto nunca funcionó, pero sí cristalizó en un “**mercado relacional**” según Gallego (2002) en el que actores públicos y privados están vinculados por relaciones de confianza que permiten que el sistema funcione porque cuenta con los insumos, tanto de capital, como de financiación y fiabilidad de los proveedores, que hace que el sistema funcione y no colapse.

H1 La primera hipótesis se relaciona con el objeto de estudio de la investigación: el cambio en la política sanitaria en la Comunidad de Madrid

La política sanitaria en la Comunidad de Madrid, especialmente a partir de los gobiernos del Partido Popular con Esperanza Aguirre como Presidenta, ha conocido cambios importantes especialmente en aspectos relativos a la gestión, no así de los elementos fundamentales de la política. Estos cambios en la gestión y organización de la sanidad han estado destinados principalmente a la creación de un mercado mixto público-privado en la provisión sanitaria pública, para ello era necesario con carácter previo la separación de funciones de financiación y provisión; es en este último apartado en el que los cambios más importantes han tenido lugar; sin perjudicar estas medidas los valores y elementos fundamentales del sistema respecto a su cobertura, financiación pública o factores de accesibilidad.

H2 La segunda hipótesis está relacionada con la variable del sistema de creencias de los actores en la explicación del cambio de la política sanitaria en la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid en los comienzos del periodo estudiado se fue fraguando una coalición de actores de origen diverso: políticos, económicos, empresariales, académicos, corporativos; que compartían ideas y creencias respecto a qué debían hacer los gobiernos en gestión sanitaria. Estas ideas estaban y están vinculadas al paradigma neoliberal que considera más eficiente la gestión privada en sanidad, que la sostenibilidad del sistema sanitario público y, así, pasa por su reforma versus mercantilización, basándose en que la excesiva burocracia de la gestión sanitaria pública la hace de peor calidad y sobretodo insostenible en términos económicos financieros. Por tanto, esta coalición de actores liderada por el propio gobierno regional del Partido Popular se pone a introducir reformas y cambios en base a estas creencias en relación al lugar del estado y el mercado en la sanidad pública.

H3 La tercera hipótesis está relacionada con los intereses económicos materiales y políticos de los actores promotores de la reformas en la sanidad madrileña

La coalición de actores promotores de los cambios en la gestión sanitaria pública en la

Comunidad de Madrid, está compuesta por dos grupos de actores especialmente relevantes por sus capacidades (poder político y/o económico). Por una parte, está el Gobierno con capacidad institucional, legislativa y de decisión en relación a los cambios; y, por otra, los actores del sector privado con una importante capacidad de influencia y poder económico (constructoras, bancos, industria farmacéutica, tecnología sanitaria, industria de la gestión sanitaria). Entre ambos tipos de actores se dio una coincidencia de intereses. Por un lado el actor político, el gobierno encontraba en la sanidad un campo donde desplegar estrategias para llegar a su electorado y asegurarse la reelección y, por otro, los actores privados encontraron en la sanidad un mercado con un potencial enorme para su negocio y beneficios. La confluencia de ambos tipos de intereses y la creencia compartida de las virtudes de la gestión privada en la sanidad pública.

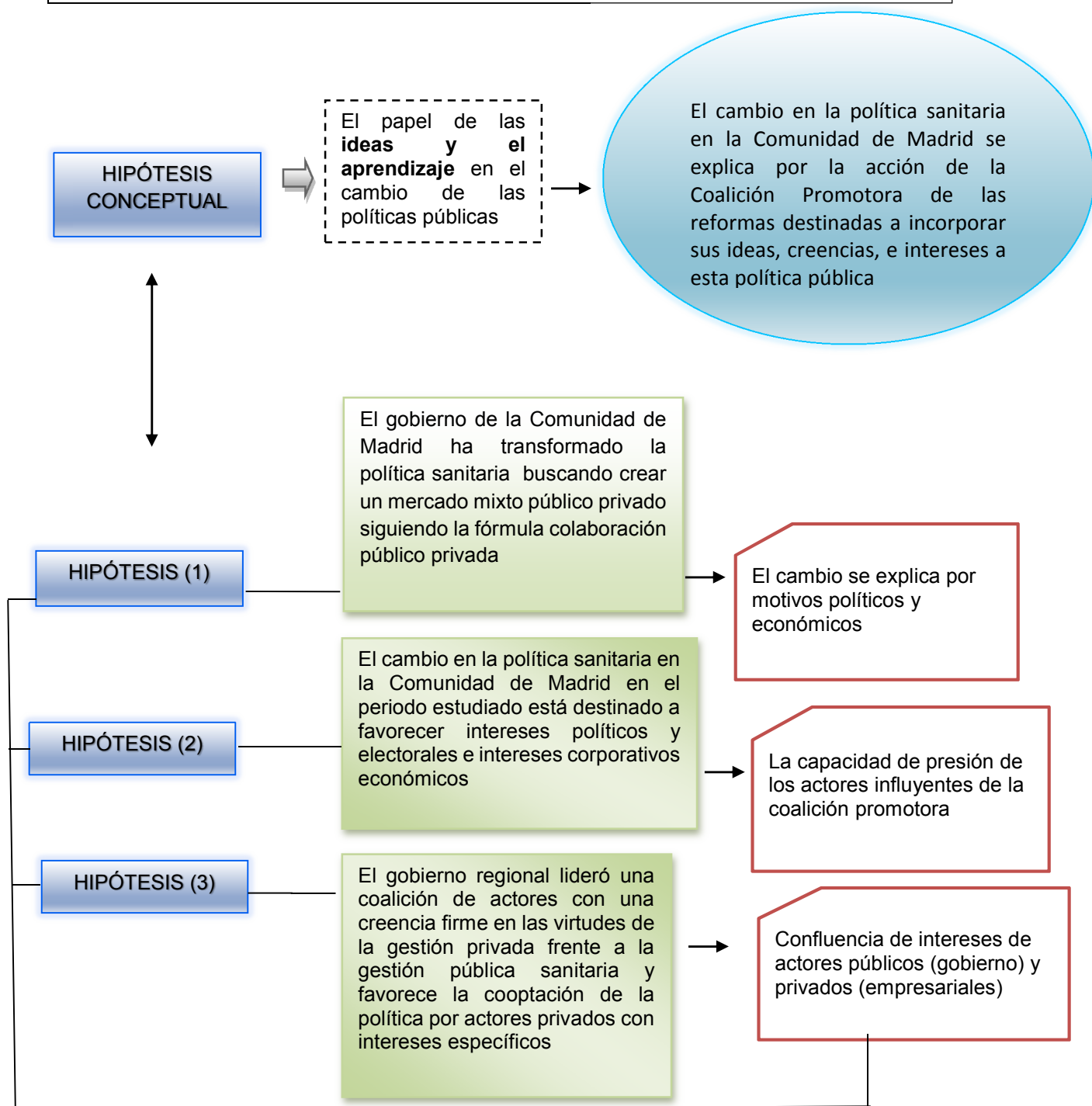
1.5.SISTEMA DE VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Sistema de variables de la investigación

Esta investigación ha definido tres variables básicas que en su conjunto están en el centro de la explicación del problema planteado, las hipótesis y objetivos propuestos.

La variable dependiente de la investigación es la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid desde que se asumen las competencias en la organización y gestión de esta política. En concreto, se trata de explicar el cambio en su curso de acción, en sus contenidos e instrumentos de gestión, que se considera ha sido debido a varios factores. Factores en los intereses de las coaliciones de actores relevantes en esta opción de políticas y factores relacionados con las ideas y creencias de los actores defensores de los cambios, que aprovechan las oportunidades del entorno para incorporar estas ideas y creencias a la política. En consecuencia, la reforma en la gestión sanitaria y su tendencia a la gestión privada de los servicios públicos, se correlaciona con las variables independientes 1) ideas y creencias 2) intereses político-económicos. El fin de la tesis ha sido averiguar el grado de correlación existente entre las mismas y su ciclo; además, una vez establecida esta relación, se han buscado explicaciones causales que permitieran comprender el comportamiento de las variables en el tiempo de estudio.

Articulación de las hipótesis y las variables de la investigación



Esquema (1) Articulación hipótesis de la investigación **Fuente:** elaboración propia

1.6.JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Introducción

Esta investigación se circunscribe al ámbito geográfico del estado español, ello debido a que se trata de un proceso y una política de gobierno multinivel en el que son competentes el gobierno central y autonómico; sin embargo, el análisis y las observaciones se han centrado en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid. Esta investigación en su alcance no ha tenido como objetivo evaluar la calidad del sistema sanitario después de su descentralización política. Asimismo, ha quedado fuera de este proyecto valorar las consecuencias que para la cohesión y calidad del sistema nacional de salud ha podido tener la descentralización del mismo, o conocer las desigualdades territoriales en salud como consecuencia de estas transformaciones. Sí hemos considerado como objetivo complementario de la investigación conocer el impacto que estos cambios han podido tener para el sistema y la atención que reciben los ciudadanos.

Este estudio se justifica por la importancia que implica generar conocimiento sobre el comportamiento de los gobiernos en los procesos de formación de políticas, así como el papel que juegan las ideas en la formación y el cambio de las políticas públicas en contextos de interdependencia gubernamental; además de aportar conocimiento sobre las estrategias y acciones que emprenden los actores para condicionar las políticas. Así, interesaba saber en qué medida los sistemas políticos modernos son permeables a la incidencia de los factores exógenos (ideas, valores y paradigmas) y su conexión con los procesos endógenos en la conformación del juego político y sus productos, las políticas públicas. Ello, en definitiva, contribuye a arrojar luz sobre las claves de las interdependencias de los sistemas de gobernación contemporáneos y sus tendencias de transformación. Por último, se ha considerado de gran interés contrastar las teorías de explicación del cambio, en concreto el marco de coaliciones promotoras aplicada al caso de la política sanitaria en España.

CAPÍTULO II: LA METODOLOGÍA Y FUENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. La estrategia metodológica de la investigación

Esta investigación utiliza el método del estudio de caso, una metodología común en Ciencias Sociales, en particular en la Ciencia Política. Los estudios de caso como estrategia metodológica gozan de ventajas y algunos inconvenientes. En el lado de las ventajas está la capacidad de profundización en el análisis de un fenómeno político y describir con gran detalle los hechos y rasgos más característicos del mismo; nos permite observar muy de cerca la realidad y por tanto reconocer su complejidad. En sentido contrario al tratarse de estudios que observan una sola unidad de análisis pierden *validez externa* o capacidad de establecer regularidades que permitan realizar generalizaciones a partir de las inferencias derivadas de la investigación. Esta investigación tiene la limitación que plantea Eckstein (1992) refiriéndose a los estudios de caso, argumentando que son muy poco frecuentes si, como en el caso de esta investigación, no desarrollan estudios diacrónicos sobre la única unidad de análisis objeto de estudio de la investigación.

El estudio de caso tiene la desventaja de que no se pueden realizar otras observaciones diferidas en el tiempo, es una limitación que se asume para este trabajo. Del mismo modo, y como señalan la mayoría de los autores arriba mencionados, efectivamente, esta estrategia analítica no tiene la pretensión de validar unas hipótesis que tengan un amplio margen de validez externa y potencialidad teórica; por el contrario, sí ha sido la pretensión de esta investigación contribuir a validar y contrastar algunas teorías que nos han aportado explicaciones sobre el hecho político objeto de estudio.

En este mismo sentido se expresan los siguientes autores, Anduiza, M., Crespo, I. y Méndez Lago, M. (1999), quienes señalan que otras ventajas del “estudio de caso” como estrategia analítica es que el objeto de estudio puede ser observado de forma amplia, del mismo modo que le permite al investigador una importante libertad para elegir las teorías, los marcos conceptuales y las hipótesis que mejor se adaptan a los objetivos de la investigación sin tener que hacer concesiones cuando se abordan una multiplicidad de unidades de análisis.

Esta investigación aborda un caso de estudio que Lijphart (1971) calificaría, en su conocida clasificación sobre los estudios de caso, *estudio de caso interpretativo*, en el que se aportan perspectivas teóricas que ayudan a comprender el caso, pero que al mismo tiempo, siguiendo la clasificación del mismo autor, **sí ha querido contrastar la teoría con el caso, y elaborar nuevas hipótesis sobre las causas que explican el fenómeno político objeto de este estudio**. Al contrario de lo que recomiendan metodológicamente autores como el propio Lijphart (1971) y Eckstein (1992) esta investigación no complementa el estudio de caso con un estudio comparativo; por tanto, esta es otra limitación metodológica de esta investigación. En este sentido cabe preguntarse: ¿puede ser de utilidad a la comunidad politológica un estudio de un solo caso en el que se aborda un fenómeno único en el tiempo? La respuesta es afirmativa en la medida en que otras investigaciones en el futuro podrán abordar este mismo fenómeno, ya lo han hecho investigaciones anteriores para el caso de Cataluña, la investigación desarrollada por Gallego (2002)¹⁵ analiza este último caso, que podrán permitir establecer las comparaciones y llegar a conclusiones con mayor capacidad generalizadora.

En efecto, los autores anteriormente citados (Anduiza, M; Crespo, I; y Méndez Lago, M. (1999) llegan a la siguiente conclusión: “...*los estudios de caso realizados de forma rigurosa son en realidad el fundamento de gran parte de la investigación comparada por diferentes razones: sirven de material secundario para quienes realizan un trabajo de carácter comparado, proporcionan ideas, desarrollan hipótesis o ponen en duda teorías existentes, estudian casos que no se ajustan a teorías contrastadas....*”

Como señalan King et al. (1994) Los estudios de caso ganan en su capacidad descriptiva si se enmarcan en una pregunta de carácter explicativo, aún a sabiendas de que ese único caso no va a proporcionar más que una evidencia parcial a la pregunta esencial que guía la investigación”

En general, la mayor parte de los autores concluyen, respecto a esta estrategia de

¹⁵ Gallego Calderón, Raquel. Reformas sanitarias y nueva gestión pública: impactos en España y Cataluña. Rev. Cuadernos de Gobierno y Administración. Nº 3 Universidad Rey Juan Carlos. Madrid 2002.

investigación, que los estudios de casos tiene una gran potencial para el estudio de fenómenos o hechos políticos complejos mediante un abordaje epistemológico que facilita la descripción de fenómenos políticos complejos y multidimensionales, así como para la generación de teoría y el contraste de hipótesis (Ragin, 1992; Stake, 1995; Yin, 1994). En este mismo sentido, Eckstein (1992) ha defendido el estudio de caso como estrategia de investigación en Ciencia Política por su capacidad para aprehender lo particular y específico de los fenómenos políticos. Se trata, obviamente, de una lógica distinta de los diseños experimentales y la generalización estadística. Ciertamente, los estudios de caso, tienen una pretensión de generalización, pero de los análisis derivados de explicaciones narrativas de los fenómenos políticos, de los hechos observados, de la realidad social y política. Estas **explicaciones narrativas** están basadas en la contrastación con la realidad empírica de teorías previamente definidas que nos ayudan a aprender los fenómenos políticos, y que auxilian en la formulación de hipótesis.

Esta estrategia metodológica implica una elección con consecuencias claras en la investigación, esto quiere decir que no nos hemos detenido tanto en la disponibilidad de una muestra de casos lo suficientemente amplia disponible. Por el contrario, el énfasis se ha puesto en la profundidad explicativa y analítica, no meramente descriptiva de la realidad o fenómeno político observado sobre el terreno.

2.2. Las técnicas de la investigación

En coherencia con esta estrategia metodológica, esta investigación ha utilizado varias técnicas de investigación combinadas para obtener la información y los datos precisos para la misma. Para ello se ha dividido en dos etapas:

En primer lugar se procedió a la revisión documental de diversas fuentes escritas, con el fin de familiarizarnos con el objeto de estudio. En esta primera parte también se analizaron los discursos parlamentarios de los diputados de la Asamblea de Madrid, durante el periodo de discusión del proyecto de ley de reforma (previo a la aprobación de la LOSCAM) y periodos posteriores hasta el año 2013. Se analizaron las principales normas reguladoras de la política sanitaria en España y, en particular, en la Comunidad

de Madrid.

Una segunda etapa consistió en el desarrollo de un *trabajo de campo*, consistente en cuarenta y seis entrevistas en profundidad con informadores clave procedentes de instituciones, organizaciones públicas y privadas vinculadas con el dominio de la política sanitaria. La entrevista en profundidad facilita al investigador información, conocimiento y representaciones de la realidad (**el discurso**) que no está recogida en las leyes, normas, documentos oficiales o corporativos. En investigación social se entiende por discurso, siguiendo a Ortí (1994): “*todo texto producido por alguien en situación de comunicación interpersonal*”. ¹⁶A diferencia de las entrevistas estructuradas que preguntan una misma batería de ítems, en las entrevistas al uso se pone a los entrevistados, generalmente suele ser un grupo numeroso, ante las mismas preguntas, el objetivo es poder comparar. En las entrevistas semiestructuradas el objetivo es captar el discurso que revela el entrevistado, por ello la entrevista se adapta, las preguntas no son fijas, son orientativas, están pensadas más en función de qué tipo de información se quiere obtener o contrastar.

El número de entrevistas en principio no estaba prefigurado, se hicieron diez entrevistas en una primera fase, cuyo objetivo fue profundizar en el conocimiento del tema, y elaborar posibles hipótesis. El trabajo no partió de la elaboración de una muestra teórica de entrevistados que pudiera representar fielmente todo el universo de estudio. El proceso de desarrollo del trabajo de campo y entrevistas se finalizó cuando se consideró que todas las perspectivas sobre el problema estaban recogidas, es decir, que nuevas entrevistas con nuevos informadores no añadían nada nuevo a la investigación. Las entrevistas en su realización se materializaron siguiendo la técnica de la *bola de nieve*, una técnica que consiste en encadenarlas, no tanto en función de un mapa de actores previamente diseñado sino, más bien, siguiendo las recomendaciones de los propios entrevistados que se prestaban, previa petición del investigador, a servir de vínculo y contacto con otros entrevistados, así hasta culminar un número suficiente.

Para su administración, se elaboró un guion con una serie de preguntas abiertas, que

¹⁶ Ortí, A. “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo” Cap.II.4.En García Ferrando, M; Ibáñez, J; Alvira, F. (1994) “El Análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación” Madrid, Alianza Universidad Textos. Segunda edición revisada.

incitaba al entrevistado a introducirse en el tema, pasando a ser redirigidas hacia aquellos temas que la propia dinámica de la entrevista y el interés del trabajo aconsejaba. Posteriormente, se fueron reelaborando en sus contenidos y preguntas al tiempo que la propia información obtenida por los entrevistados permitía ir formulando y reformulando las hipótesis de trabajo. Hay que señalar, que para el caso de los sindicatos CC.OO y UGT, la realización de las entrevistas fue un proceso largo, arduo y complicado, debido a su poca disponibilidad a ser entrevistados en un contexto en el que la política sanitaria era un foco de conflicto permanente.

2.3. La investigación documental

Los materiales que han servido de base a este trabajo han sido: Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCAM), Boletín Oficial del Estado (BOE). Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud de 1991 (*Informe Abril*). Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid Nº 333 / 8 de marzo de 2001; Nº 439 / 21 de junio de 2001; Nº 513 / Ley 15/1997, de 25 abril de habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud. Real Decreto del Ministerio de Administraciones Públicas, 1479/ 2001 de traspasos de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, a la Comunidad de Madrid. La Ley de 28 de noviembre de 2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid de 2001 (*LOSCAM*). Ley General de Sanidad de 1986, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003. Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Debates Comisión de Sanidad. Comisión de Estudios para la Reducción de las lista de espera. BOCAM Nº 377, 17 marzo de 2005. BOCA Nº 140 /19 de junio de 2009, sobre Acuerdo Pleno de la Asamblea de Madrid. Dictamen de la Comisión de Estudios del Funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de Servicios Sanitarios Públicos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud. Ley 15/1997, de 25 de abril de mejores prácticas desarrolladas en nuestro país y otros países del entorno. Ley 6/2009 de noviembre de Libre elección de la sanidad en la Comunidad de Madrid. Actas Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. Diario de Sesiones núm.

72, de 3 de diciembre de 2011. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE N° 98, 24 abril de 2012). Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid (2013).

Memorias anuales y publicaciones monográficas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Informe sobre el Sistema Nacional de Salud 2012). Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud (2010). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (2003 Anexo I sobre Gobierno de la Sanidad, Descentralización Sanitaria y Estructura Organizativa, Informe anual del Sistema Nacional de Salud: Comunidad de Madrid. 2004. Observatorio del Sistema Nacional de Salud (Informe 2011-Resumen). En la Comunidad de Madrid, Plan de Calidad. Informes y documentos elaborados por la Consejería de Sanidad. Artículos de prensa escrita Diario El País, Diario El Mundo, Diario El Confidencial, etcétera. Informes y documentos institucionales (Revista de Administración Sanitaria, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Informes del Consejo Económico y Social de España y Madrid, Informe SESPAS (2010-2012- 2014) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) y documentos e informes producidos y divulgados por los Colegios Profesionales de Médicos, Asociaciones Profesionales Sanitarias, Sindicatos, y la propia industria sanitaria. Por último, se han consultados informes y documentos de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OCDE), y la Unión Europea. Informes producidos por Consultoras con divisiones vinculadas a la gestión sanitaria (PricewaterhouseCoopers), Antares, Fundación para la Integración de la Sanidad. Fundación Bamberg, Informes producidos por los Sindicatos CC OO y UGT.

2.4. La investigación cualitativa

En un primer momento se realizó un *análisis del discurso* a partir de las intervenciones de los diputados de la Asamblea de Madrid en la fase previa a la aprobación de la Ley Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM). Este análisis del discurso

ayudó a conocer los elementos fundamentales de controversia en torno a las reformas de la política en discusión. Esta misma técnica se ha utilizado en periodos posteriores en momentos en los que se debatían reformas importantes para la sanidad madrileña, especialmente en la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid. Igualmente, se ha estudiado la información contenida en los programas electorales de las distintas formaciones políticas, especialmente en lo relativo a la política sanitaria.

La segunda parte de la investigación cualitativa consistió en el trabajo de campo anteriormente señalado, basado en entrevistas en profundidad a parlamentarios de todos los grupos, cargos políticos, gestores, secciones sindicales de los Sindicatos CC OO y UGT, Sindicatos Médicos, Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, organizaciones profesionales, medios de comunicación, organizaciones patronales, fundaciones privadas, expertos, directivos y administradores públicos, entre otros.

Este compendio de fuentes ha permitido obtener una información muy rica y de calidad. Mientras que las fuentes documentales oficiales han sido de utilidad para tener un conocimiento del campo normativo e institucional de la política sanitaria, las fuentes cualitativas nos han permitido conocer mejor el recorrido y los actores de las reformas; así como los actores institucionales e individuales que adoptan los paradigmas y los impulsan. Sin embargo, para esta investigación el problema fundamental con las fuentes estuvo en la parte del trabajo de campo. Aunque la primera parte de la investigación se realizó en un momento de cierta *paz social* respecto a las reformas sanitarias, a partir del momento que comenzó en la Comunidad de Madrid la puesta en marcha de reformas de gestión externa de hospitales, hizo que el conflicto saltase a la opinión pública, lo que implicó que algunos actores rechazaran ser entrevistados. Esto ocurrió especialmente con los sindicatos CC OO y UGT, cuyas entrevistas finalmente no se pudieron realizar a pesar de la insistencia en ello.

En general las fuentes utilizadas han sido de calidad, se desechó cualquier monografía, artículo, informe o documento que no ofreciera un mínimo de rigor y seriedad. Hay que decir que los debates en torno a la reforma sanitaria en España, y a nivel internacional, están muy colonizados por la economía, especialmente, por los “economistas de la salud”. Ello implica que la mayor producción al respecto proviene de este campo, y esto plantea

importantes limitaciones cuando se trata de abordar el tema desde un enfoque politológico, por su escasa presencia en estos debates. Otra limitación estuvo relacionada con la disposición de informes y recomendaciones procedentes de ciertas organizaciones, marcadamente posicionadas a favor o en contra, pero este sesgo, normal en un ámbito de importantes controversias, fue tenido en cuenta y depurado en lo posible. Para ello se procuró realizar el esfuerzo intelectual de mantener cierta distancia con el objeto de estudio, y los posicionamientos de los actores a favor o contra los cambios.

INSTITUCIONES PÚBLICAS	TIPO DE INSTITUCIÓN	ACTORES	Nº DE ENTREVISTAS
1	Asamblea de Madrid	Parlamentarios y grupos parlamentarios. Miembros Comisión Sanidad	5
2	Gobierno regional	Consejeros y ex altos cargos	3
3	Administración pública	Directivos	5
4	Partidos políticos	Responsables sanidad	3
5	Defensor del Paciente	Cargos directivos	1
6	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad	Ex altos cargos, responsables y directivos públicos	2
7	Escuela Nacional de Sanidad (Ministerio de Economía y Competitividad)	Expertos y ex altos cargos.	4
8	Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad)	Ex responsables de política sanitaria, y expertos en reforma sanitaria.	2
ORGANIZACIONES SOCIALES Y CORPORATIVAS	Sindicatos profesionales, sindicatos de clase, asociaciones profesionales del sector, etcétera.		4
9	Centrales Sindicales Generalistas y del Sector	Responsables de Área de Sanidad	4
10	Asociaciones de la Sociedad Civil en Defensa de la Sanidad, Asociaciones Vecinales, etcétera	Líderes, y portavoces	2
11	Colegio de Médicos	Directivos	2
12	Fundaciones públicas y privadas vinculadas con el sector	Directivos	3
ORGANIZACIONES DEL SECTOR PRIVADO			
13	Medios de Comunicación	Responsables, expertos, periodistas	3
14	Organizaciones empresariales y Consultoras	Portavoces y responsables	3
TOTAL			46

Tabla (1) Fuente: Elaboración propia

2.5. Plan de exposición de la tesis

En el **Capítulo Primero** se plantea el problema de la investigación y se formula la pregunta que permitió problematizar y delimitar los contornos del trabajo que se presenta: ¿Por qué la Comunidad de Madrid al recibir las competencias sanitarias desarrolla un curso de acción de reformas distantes respecto al resto de CC AA? Esta pregunta dio origen a una segunda cuestión complementaria que vinculaba la explicación del cambio a la ideología política del gobierno; sin embargo, metodológicamente, esta variable la hemos querido controlar, puesto que en el periodo elegido de estudio gobierna el mismo partido político. Así, la explicación del cambio de acuerdo con el marco teórico seleccionado se decanta más por el lado de las ideas y el aprendizaje, que por circunstancias relacionadas con el color político del gobierno. Este primer capítulo se completa con los apartados destinados a justificar el estudio y su alcance teórico y práctico. Los demás apartados completan la parte metodológica de la investigación: delimitación del objeto de estudio, los objetivos de la investigación, la estrategia y diseño de la investigación, metodología y fuentes. Se finaliza con un plan de exposición de la tesis.

El **Segundo Capítulo** está dedicado a explicar los aspectos metodológicos de la investigación: delimitación del objeto de estudio, los objetivos de la investigación, la estrategia y diseño de la investigación; así como las técnicas de investigación empleadas para recolectar la información. Se finaliza con un plan de exposición de la tesis.

El **Capítulo Tercero** expone el marco conceptual y teórico del marco de las coaliciones promotoras, desde el que se desarrolla la investigación que se presenta. Un marco teórico que se ha revelado de gran utilidad para observar el caso de estudio de esta tesis y que se articula sobre el valor de las ideas conceptualizadas como sistemas de creencias en la explicación del cambio en las políticas públicas. Este enfoque aborda el análisis de las políticas de forma global y, metodológicamente, se distancia de la *heurística de las fases*, y de los enfoque *top down – botom up*. Continúa el capítulo desarrollando una explicación sobre la evolución teórica de esta corriente metodológica, sus limitaciones y vinculaciones con los enfoques contemporáneos del estudio las políticas públicas en la Ciencia Política para, a continuación, exponer los conceptos fundamentales como el estudio del cambio

como objeto de estudio; y los conceptos de coaliciones promotoras, subsistema de política; y el concepto de dominio de políticas. Finaliza el capítulo teórico con un recorrido por las críticas recibidas por estos abordajes teóricos vinculados a la intermediación de intereses del que el Marco de las Coaliciones Promotoras forma parte.

El **Capítulo Cuarto** recoge la evolución de la política sanitaria en España y la importancia que en dicha política tienen las dimensiones políticas, poder y los intereses materiales de los actores alrededor de la misma. Asimismo se exponen las controversias más importantes en relación al lugar que el estado y el mercado deben ocupar en la organización y la gestión sanitaria pública a nivel nacional e internacional; sobre cuáles son las ideas y valores que deben presidir los modelos sanitarios públicos, y los paradigmas dominantes sobre las reformas en la sanidad pública.

El **Capítulo Quinto** está dedicado a exponer los factores estables y/o estructurales que condicionaron la política sanitaria de nuestro país y, en consecuencia, de la Comunidad de Madrid, a lo largo del periodo estudiado. Así, se exponen los factores que están vinculados a la visión del problema y sus atributos: el ser humano y la salud. Los siguientes apartados desarrollan el contexto institucional y evolutivo del estado de bienestar en España; se exponen los cambios sociales, económicos y políticos, y los factores normativos e institucionales de descentralización del Sistema Nacional de Salud.

El **Capítulo Sexto** lo dedicamos a exponer los elementos dinámicos externos al subsistema de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid; serían aquellos factores que no son propiamente estructurales y que han condicionado los cambios a lo largo del periodo estudiado. Así, se expone la evolución de las ideas y las creencias sobre la relación estado-mercado en sanidad; la evolución de la percepción de los ciudadanos en relación a la política sanitaria y el sistema sanitario español. Por último, se dedican tres apartados a recoger cómo los productos o efectos de otras políticas han impactado en la política sanitaria; especialmente la política autonómica, la política económica, y los cambios en la coalición gobernante.

El **Capítulo Séptimo** desarrolla el subsistema de la política sanitaria en la Comunidad de Madrid, es decir, la unidad de análisis de la investigación. Este subsistema está compuesto por un dominio de política, la sanidad, a la que se vinculan un grupo de actores públicos y

privados que conforman una élite con un conocimiento muy avanzado sobre el problema y los instrumentos para la solución del problema. Estos actores se coaligan en grupos que comparten ideas y creencias sobre el problema y las mejores soluciones. Se identifican, además, para cada periodo analítico cuáles son las coaliciones promotoras a favor o contra los cambios en la política sanitaria en la Comunidad de Madrid; así mismo se explican sus referentes de acción, valores e intereses.

Por último los **Capítulos Octavo y Noveno** de esta tesis doctoral los dedicamos a desglosar las conclusiones de esta investigación, para ello se recopilan los momentos centrales y se exponen los resultados. Finaliza este documento con la redacción de un apartado sobre las limitaciones que hemos encontrado a lo largo de la investigación, las preguntas por responder, y se proponen sugerencias para siguientes investigaciones e investigadores que aborden en el futuro el análisis del cambio de las políticas públicas.

CAPÍTULO III: EL MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. El Marco de Coaliciones Promotoras: una introducción

El Marco de las Coaliciones Promotoras (*Advocacy Coalition Framework*) es un marco teórico que se aplica al análisis de las políticas públicas asentado sobre la importancia de las ideas y el aprendizaje en la explicación del cambio en las políticas públicas. Los primeros desarrollos fueron expuestos por Paul A. Sabatier (1988) en su artículo “An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy –Oriented Learning” publicado en la revista *Policy Science*, ampliado después junto a Hans C. Jenkins-Smith en su obra editada en 1993 “Policy Change and learning: an Advocacy Coalition Approach”. Estos primeros avances del modelo se consolidaron a partir de los años ochenta y noventa gracias a la colaboración entre estos dos autores, ambos coincidían en conceder un papel relevante a las “ideas” y la información científica en el cambio de las políticas. A partir de este momento ambos trataron de hacer confluír sus aportaciones consolidando un marco teórico con capacidad de ser utilizado para el estudio del cambio en las políticas en cualquiera de las poliarquías industriales.

El marco de las coaliciones promotoras surge, en un principio, de la mano de los estudios de implantación, a partir de la experiencia acumulada por el propio Sabatier durante más de tres décadas. Surge con vocación de síntesis superadora de las limitaciones de los estudios clásicos de las políticas públicas compuesto por los enfoques (*top down-bottom up*) y del ciclo de la política (*policies cycle*). Además es un intento de incluir la información técnica y científica en el análisis de las mismas, y en la explicación del cambio. Según Sabatier el objetivo con el que nació el nuevo enfoque era superar “*la heurística de las fases*”, el marco de análisis tradicional o clásico del ciclo secuencial de las políticas, entendida como proceso lineal; según el cual, primero acontecía la aparición en la escena pública de un problema que conseguía captar la atención de los decisores gubernamentales, que después desempeñaban una labor de formulación, pasa a la agenda, implementación y evaluación de la política propuesta como solución al problema.

En efecto, el marco de las coaliciones promotoras aporta un enfoque que tendría más elementos comunes con el esquema desarrollado por John W. Kingdon (1985) sobre las *corrientes múltiples*, centrado en la formación de la agenda en la idea de que el proceso de formación de las políticas tenía mucho de “anárquico”. Así, argumentaba que en el proceso de la formación de las políticas se entrecruzaban distintas corrientes; de problemas, de soluciones y políticas, coincidiendo en un momento de apertura de ventanas de oportunidad¹⁷. Es por ello que el marco de las coaliciones promotoras no se adhiere a la lógica secuencial sino más bien a una lógica según la cual los *sistemas de creencias* (así son conceptualizadas las ideas) cambian en el interior de las coaliciones promotoras, que aprovechan las oportunidades en las estructuras externas del marco social y económico, o en las coaliciones de gobierno para incorporar sus creencias a la política.

3.2. El Marco de las Coaliciones Promotoras en la tradición de los estudios de las políticas públicas

Esta investigación se aborda desde la perspectiva de análisis de políticas públicas. El estudio de las políticas públicas se interesa por el conocimiento de la actividad gubernamental, pero no desde un plano específicamente legal formal de estudio de las constituciones o marcos regulatorios vinculados a una determinada política, sino desde una perspectiva analítica que incorpora instituciones y actores interactuando en el juego político, cuyo resultado es un producto (política) orientado a resolver o encauzar un problema público. En efecto, de acuerdo con la definición dada por I. Mény y J.C. Töening (1992) la política pública es el programa de acción de una autoridad pública, más en extenso, una política pública sería el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental, serían los actos y no actos de los gobiernos, aquello que las autoridades deciden hacer o no hacer en relación a un problema público.

Por consiguiente, esta investigación se ubica en la tradición del “estudio de las políticas”, según Lasswell (1951) un campo de estudio que comprende “*el conocimiento del proceso*

¹⁷ Este autor desarrolla toda su teoría en el libro archiconocido en la literatura politológica “Agendas, Alternatives, and Public Policies, (1995). Estas teorías han sido posteriormente retomadas y mejoradas por su discípulo Nicolaos Zahariadis (1999) de cuyas aportaciones da muestra en su capítulo del último libro editado por Sabatier “Theories of Policy Process” (2007) titulado “Ambiguity, Time, and Multiple Streams”

de la política y en el proceso de la política”; un intento por configurar un estudio sistemático del proceso político con el objetivo de contribuir a mejorarlo, hacerlo más eficaz, dotar de más información a los decisores públicos, con el fin de mejorar la calidad de la información disponible por los decisores. Por tanto, desde sus orígenes, la agenda de investigación del “estudio de las políticas” estaba más orientada al proceso, en el interior de las políticas, que al comportamiento de los actores (behaviorismo) hacia el proceso político (*policy process*). En este orden de cosas era fundamental disponer de información de mayor calidad y precisión para poder diagnosticar problemas, definir alternativas y tomar decisiones (Lasswell, 1996; De León, 1999), en Grau (2002). La ciencia de las políticas nace con vocación de instrumento para mejorar la actividad y toma de decisiones de los gobiernos (De León, 1999) Lasswell (*en la orientación a las políticas*) no pretendía cualquier *Ciencia de Políticas* sino una ciencia preocupada por los verdaderos problemas del hombre, una ciencia con un fuerte componente humanista, de valores, una ciencia comprometida con la Democracia, y al servicio de esta. Por consiguiente, este conocimiento para la decisión gubernamental y sus resultados debía centrarse en las verdaderas preocupaciones del ser humano, en las metas y valores relevantes, en la defensa de la dignidad humana y la Democracia. En definitiva, para Lasswell, la ciencia política debía ser un instrumento al servicio de la democracia y sus valores.¹⁸ Planteaba una visión integradora del estudio de las políticas que metodológicamente debía ser necesariamente contextual respecto al entorno político, económico y social en el que se producen los análisis de políticas. Esta perspectiva, a partir de cierto momento, privilegia el nivel de análisis empírico sobre el normativo; heredero este último de los planteamientos vinculados con la sociología de las organizaciones muy centrados en la racionalidad y sus limitaciones en la toma de decisiones en línea con los planteamientos de H.Simon, (1957) Crozier y Frieber (1982) entre otros. En este sentido, Lindblon (1959) pensaba que el análisis de las políticas no debería hacerse sobre la base de planteamientos normativos, sino muy pegado al nivel empírico (a la realidad) de forma que debía centrarse en la formación de las políticas (*policy making*) de tal forma que la teoría, según Mény y Töening, no debía beber de las fuentes de planteamientos o axiomas abstractos sino de la realidad empírica de las políticas públicas a través de su puesta en práctica.

¹⁸ Para comprender mejor la aportación de los análisis de las políticas y la administración al mejor rendimiento de los valores democráticos, consultar la tesis doctoral de Manuel Villoria Mendieta: La modernización de la administración como instrumento al servicio de la Democracia. Instituto Universitario Ortega y Gasset. UCM 1995.

El análisis de políticas públicas, en su evolución, ha desarrollado dos enfoques analíticos principales. Uno centrado en las fases de desarrollo del ciclo de la política pública: definición del problema, formulación de alternativas, pase a la agenda de problemas, implementación de la política por parte de la autoridad pública y evaluación de resultados o impacto. Y un segundo enfoque centrado en los elementos constitutivos de la política pública: instituciones, actores, redes de actores, emprendedores, paradigmas, ideas, valores, intereses, estrategias, referentes de acción, etcétera. Del primer enfoque los teóricos más conocidos son Parsons (1995), Lindblom (1991), Presuman y Wildawsky (1998). En nuestro país destacan los trabajos de Subirats (1992) y Baena del Alcázar (2000). Por la parte de los que han trabajado más los análisis centrándose en los elementos constitutivos de las políticas podemos destacar a Scharpf (1997), Subirats (1992) y Jordana (1993). Otros autores han aplicado este marco de análisis a políticas sectoriales como la sanidad, la inmigración o las telecomunicaciones, en este apartado cabe mencionar Gomá y Subirats (1998) Gallego, Gomá y Subirats (2003) Jordana y Sancho (1999), entre otros.

Los primeros estudios se abordaron con un enfoque en fases que recuerda mucho a análisis posteriores que han tenido gran éxito por su claridad pedagógica, es el caso del enfoque secuencial o del ciclo de la política. Un esquema de análisis que ha tenido un gran arraigo por su capacidad para hacer comprender el complejo proceso de la formación de las políticas, pero con limitaciones importantes, como argumentan Sabatier y Jenkins-Smith (1993, 1999, 2007), puesto que nos sugiere una visión lineal y estática del proceso.

Con posterioridad, otros enfoques han demostrado que, efectivamente, este funcionamiento estático y lineal en la formación de las políticas no tenía mucho que ver con la realidad. Uno de ellos sería el modelo de las *corrientes múltiples* de Kingdon (1984)¹⁹ centrado en el estudio de la formación de la agenda mostrando como el proceso de formación de políticas dista mucho de ser una línea recta en cuyo extremos están la aparición del problema, la formulación de soluciones; y, en el otro, la evaluación de la políticas y la redefinición de las mismas. El estudio de las políticas estuvo durante mucho tiempo muy preocupado en sus análisis por *la decisión*, se preguntaban cómo era este momento, preocupaba conocer qué ocurría en este instante en el que se manifestaba el poder de cuerpo

¹⁹ Kingdon, John W (1984) "Agendas, Alternatives, and Public Policies". Boston.: Little Brown & Co.

presente y qué condicionaba al decisor político. Estos análisis estuvieron muy influenciados por la teoría de la elección racional (*rational choice*) procedentes de la economía y su visión individualista consumista del comportamiento humano: el *homo economicus*.

Estas corrientes racionalistas utilitaristas serían criticadas más tarde por March y Olsen (1982) quienes cuestionarían directamente los principios racionalistas como única variable que influye en la toma de decisiones en las organizaciones, e incluirían el factor tiempo, como elemento condicionante del proceso. También cuestionarían la relevancia del concepto de *preferencias* para estudiar las decisiones en las organizaciones (March, 1978,1988). Su modelo fue desarrollado por Cohen, March y Olsen (1972,1974, 1976) denominado “cubo de basura” (*can garbage model*)²⁰ según el cual soluciones y problemas son lanzados a este cubo en cuyo interior se produce la coincidencia temporal de ambos. En consecuencia las soluciones no son diseñadas expresamente cuando surge un problema, sino que la organización, toda organización tiene un repertorio importante de *soluciones en busca de problemas* que se encuentra en la mesa del decisor que gobierna en un contexto de presión de tiempo y de conocimiento. Ello implica, si aceptamos este modelo, que cuando un problema aparece en la agenda le es asignada una solución ya existente. En este depósito se produce una suerte de agrupamiento de soluciones, agrupamiento de problemas, flujo de soluciones y corrientes de decisiones. Por su lado March y Olsen precisaron que todo análisis de las políticas deber tener en cuenta el entorno, el contexto político, social y económico, así como el tiempo en el que se realiza. Su aportación más importante, para el discurrir de la ciencia política, sería que introducen la preocupación por las instituciones como variable explicativa del proceso político, una preocupación que había estado fuera de la agenda de investigación centrada en el conductismo (comportamiento electoral, elecciones, partidos).

3.3. El análisis de las políticas públicas y la teoría del estado

En la Ciencia Política tres son los modelos teóricos vinculados a la teoría del estado que han contribuido a mejorar el conocimiento de las políticas públicas y su explicación.

²⁰ Los autores publicaron por primera vez su teoría “A Garbage Can Model of Organizational Choice” en la Revista Administrative Science Quarterly “nº 1 Vol. 17 Editada en 1972.

Siguiendo a Mény y Töening (1992) un primer modelo considera al estado como una “ventanilla” a la que la sociedad se acerca a plantear sus reivindicaciones y espera respuestas de esta gran caja transformadora de *inputs* en productos *outputs*, siguiendo la teoría sistémica de Easton (1953). Un segundo grupo de teorías son aquellas que consideran al estado como un instrumento al servicio de una clase dominante (neo marxismo), o una élite de funcionarios y expertos (teorías neoweberianas) En tercer lugar estarían las teorías pluralistas que parten de la base de que la relación sociedad estado es más compleja y que está llena de matices, contrariamente a lo que plantean las teorías anteriores. Precisamente el estudio de las políticas permite adentrarse en esta complejidad en la que ni el estado es un actor tan omnipotente como se piensa, ni los actores individuales componen un grupo reducido con rasgos oligárquicos que tienen en cautiverio al estado, como señala Aguilar (1995)

Hay que decir que la Ciencia Política en sus primeras aproximaciones al estudio del estado estuvo muy condicionada por la tradición legalista, incapaz de aportar una visión dinámica del comportamiento de los actores, posteriormente, en una suerte de movimiento pendular, la preocupación de la agenda de investigación se situó en conocer y dar cuenta sobre el comportamiento de los actores del sistema político; una agenda de investigación cargada de influencias de la psicología, la economía, y otras ciencias. En la década de los noventa la Ciencia Política trata de superar el *behaviorismo* en boga en décadas anteriores. En consecuencia redescubre las instituciones (el Estado) como elemento importante por su capacidad para disminuir los costes de transacción social y su eficacia en la resolución de problemas de coordinación al inducir preferencias, comportamientos y *outcomes* públicos (Noth, 1990; Ostrom, 1990; Shepsle, 1995). Estas aproximaciones parten del principio de que las instituciones son un condicionante del comportamiento de los actores, afectando a sus estrategias y tomas de posición en el juego político, canalizando las relaciones de cooperación y conflicto (Steinmo et al., 1992). El nuevo institucionalismo surge así en respuesta a los excesos individualistas que habían colonizado la teoría política y, desde entonces, ha desarrollado distintas perspectivas teóricas que han confluído en dos grandes derivadas: *neo-institucionalismo racional*, que pone el acento en la capacidad de agencia de los actores para transformar la estructura, y el *neo-institucionalismo culturalista*, más centrado en la estructura como condicionante de la acción colectiva de los actores, sus estrategias e incluso la percepción de los problemas políticos. Estos estudios han tenido

que superar dificultades metodológicas importantes en su desarrollo, por ejemplo, la de encontrar una definición unívoca del concepto de institución (al que ya nos hemos referido) y sobre la que haya un cierto consenso básico no exento de complejidad y matices, razón por la cual existen una pluralidad de enfoques neo-institucionalistas. En lo que coinciden varios autores (Scout, 1995; Tolbert and Zucker, 1996; Immergut, 1998; Peters, 1999), es en la existencia de un consenso básico en torno a la siguiente definición:

“Una institución es un conjunto de normas, reglas, valores, estructuras y rutinas interrelacionadas, que definen las acciones que se consideran apropiadas en términos de relaciones entre rol adoptado y situación a afrontar, aportando estabilidad y significado a la conducta de los actores. Los actores utilizan este conjunto interrelacionado, que tiende a autoreforzarse, para determinar su conducta, esto es, para determinar qué y quién se incluye en el proceso de decisión cómo se estructura la información, qué acciones se pueden tomar y con qué secuencia”- (March and Olsen, 1989; Kiser and Ostrom, 1982; Scott, 1995).

Cuatro enfoques neo-institucionalistas han surgido a partir de estas dos grandes ramas. En primer lugar, el *neo-institucionalismo normativo* representado por autores como March y Olsen, además de Guy Peters que lo denomina “normativo” puesto que el centro de la explicación del funcionamiento de las instituciones y el comportamiento de los individuos dentro de las instituciones sería consecuencia del peso de las normas que rigen estos comportamientos, limitándolos o facilitándolos, orientando en definitiva la conducta de los individuos y los grupos. Una orientación hacia lo que internamente en la institución se considera el comportamiento apropiado, aparece la lógica de lo apropiado (*logic of appropriateness*).

En segundo lugar, el *neo-institucionalismo racional choice* que defiende la idea de que el comportamiento de los individuos en las instituciones no está orientado hacia el “comportamiento apropiado” sino que, más bien, consideran las instituciones como un espacio de reglas e incentivos en el cual los individuos y los grupos ponen en juego su racionalidad al servicio de la búsqueda de maximización de los beneficios. La aparición y configuración de las instituciones encuentra su explicación en el hecho de que resuelven determinados problemas de acción colectiva y que tienden a desaparecer cuando los

problemas que dieron origen a ellas han concluido, en esta corriente se sitúan autores como Ostrom, Niskasen, Williamson, entre otros.

El neo-institucionalismo histórico encuentra sus principales referentes teóricos en autores tales como Skocpol, Pierson, Hall, entre otros. Autores que enfatizan, para explicar el desarrollo y evolución de las instituciones, el consenso inicial que plasma la toma de decisiones original que da lugar a la propia institución. Las elecciones iniciales y los acuerdos institucionales fundacionales condicionan en buena medida el desarrollo y posterior evolución de la institución. En coherencia con este argumento el concepto clave es *path dependency* que, traducido al castellano, sería el camino o sendero de dependencia que esos acuerdos institucionales originales marcan respecto al futuro desarrollo de la institución.

Por último, *el neo-institucionalismo de la teoría de la organización*, sustentado en las aportaciones teóricas de L.G. Zucker, J.Meyer o B. Rowan. Una corriente próxima a la Sociología de las Organizaciones, y cuyo concepto clave es el de *isomorfismo institucional* en referencia a la importancia que *la cultura y los valores* y su significado simbólico tienen en los individuos y los grupos en las instituciones, y que esta lógica simbólica de significados compartidos tiende a reproducirse siguiendo un modelo de referencia o proceso de reproducción mimética de pautas institucionales como medio de adaptación de las organizaciones a su entorno de referencia.

3.4. Enfoques actuales en la literatura politológica que incorporan las ideas como variable explicativa del cambio en las políticas públicas

El marco de coaliciones promotoras forma parte de los estudios de redes de políticas, *policy networks*, y *policy communities*, desarrollados a partir de los años ochenta. Estudios que se centran en la comprensión del comportamiento de los actores en el interior de las redes de actores. El marco de coaliciones promotoras hace del estudio del aprendizaje, en las políticas y en el interior de las coaliciones de actores, el centro de su análisis. Por esta razón se podría decir que también forma parte de la corriente de estudios que defienden el papel de las ideas en la explicación del cambio en las políticas públicas sin, por ello, dejar de considerar otras variables explicativas como puedan ser los intereses materiales o las

ideologías. En este sentido, lo consideran Calvin y Velasco (1997)²¹ al referirse a Kingdon quien en sus desarrollos teóricos pondría un énfasis importante en valorar el papel de las ideas en la explicación del cambio en la formación de las políticas. Este autor critica el hecho de que el cambio en las políticas sea fruto exclusivamente del interés y la racionalidad de los actores; la explicación, a su juicio, planteada exclusivamente en estos términos estaría incompleta. Por ello incluye el valor de las ideas en su enfoque analítico sin por ello despreciar el valor de los intereses de los actores, *ideas e intereses* no pueden fácilmente dissociarse –pensaba- porque ambos forman parte de una misma variable explicativa del cambio en las políticas, puesto que ambos orientan la acción de los actores en el juego político. En efecto, el autor afirma que la argumentación, los recursos persuasivos, la ideología y los referentes de acción son tan importantes para comprender el juego político como lo son los grupos de interés, la reelección, la ventaja para las trayectorias personales y el logro de poder. En resumen, para este autor los enfoques analíticos y metodológicos de la Ciencia Política deberían caminar por la vía de la integración de ideas e intereses en las aproximaciones del conocimiento de los cambios en las políticas.

La investigación politológica ya se había preguntado mucho antes sobre el papel de los valores y las ideas en la explicación del cambio político, así lo muestran los estudios de Gabriel A. Almond y Sidney Verba recogidos en su archiconocido libro “*The Civic Culture*” publicado en 1963, sobre la cultura política y su incidencia en los procesos políticos. Pero, sin duda, los trabajos que más han influido son los de Hugh Heclo (1978) a partir de su investigación sobre las políticas sociales en Reino Unido y Suecia que analizaban el cambio a partir del papel de las ideas, los valores y los paradigmas; un fenómeno de aprendizaje que se produce en el interior de lo que este autor denominaría *issue network*; redes temáticas compuestas por actores diversos, de origen público y privado, compartiendo su interés y participación en una misma red de actores vinculados por elementos cognitivos al compartir ideas similares sobre problemas. En relación a esta

²¹ Calvin, Claudia, y Velasco, Jesús “Las ideas y el proceso de conformación de las políticas públicas una revisión de la literatura” Política y Gobierno, vol. IV, núm. 1, primer semestre de 1997. En este artículo los autores desgranar las investigaciones y corrientes teóricas que han desarrollado una aproximación metodológica centrada en la importancia y el valor de las ideas como variable independiente en la explicación del cambio en la formación de las políticas. Especialmente interesante nos ha parecido la argumentación según la cual autores como Kingdon han defendido la importancia de las ideas vinculada a los intereses de los actores en el juego político, de tal forma que ideas e interés no son fácilmente de disociar en la investigación empírica como para conceptualizarlas como variables diferentes.

misma línea de investigaciones otros autores que sobresalen son Peter Hall (1983) centrado en el papel de las ideas en el aprendizaje social, y Peter Hass (1992) y su teoría sobre las *comunidades epistémicas*, según la cual los actores nacionales e internacionales, que incluyen instituciones, forman comunidades de actores en los que el aprendizaje y, por tanto, las ideas y los valores son la base de las mismas pues comparten un mismo diagnóstico sobre los problemas y un mismo repertorio de ideas sobre las soluciones a los mismos. Otras aportaciones a este grupo de investigaciones son las de J. D. Majone (1997) que consideraba que los cambios en las teorías y las creencias estaban en el centro de la explicación del cambio en las políticas, y que estas consideraciones cognitivas eran tan importantes como lo son los intereses materiales, económicos o la propia lucha por el poder.

El marco de coaliciones promotoras tiene similitudes y equidistancias respecto a las tres propuestas teóricas para el análisis de políticas. La teoría de las *corrientes múltiples* de Kingdon, la teoría del *equilibrio interrumpido* de Bougmather y Jones, y la *teoría racional institucional* de Ostrom. Sin lugar a dudas para Sabatier, el autor de la teoría de las corrientes múltiples uno de los politólogos de referencia en el análisis político y de los escasos autores que realiza una de las aportaciones más inteligente al análisis político, considera que la formación de las políticas es producto de la vinculación de tres corrientes distintas que conectan en un momento en el que se abre una ventana de oportunidad política que permite la intersección de problemas, soluciones y políticas. Sin embargo, para Sabatier, este modelo analítico tiene sus limitaciones en el sentido de que no se definen muy bien la naturaleza de los actores ni las razones de su coexistencia, al tiempo que considera que se trata de una teoría que ha tenido poco refrendo empírico ya que no está, considera, contrastada suficientemente por investigaciones posteriores. Este mismo autor piensa que no está bien definido el tipo de individuo y la base de su comportamiento, el tipo de actores que nos encontramos en las diferentes corrientes, ni la definición de las variables dependiente e independiente de la investigación. Otros autores le han criticado que se trata de una teoría descontextualizada del entorno socioeconómico y político en el que se da el proceso político. Para Sabatier solo Zaharadis aplica de forma seria y suficientemente contrastada la teoría de las corrientes múltiples al demostrar que puede ser aplicada a todo el proceso y no solo al momento de formación de la agenda y elaboración de la política. Aunque Sabatier entiende que su teoría es deudora de las aportaciones

teóricas de Kingdon, piensa que el análisis está más relacionado con la corriente política, con una visión más completa, holística. Por ello, la considera demasiado centrada en la formación de la agenda; en definitiva reivindica un marco teórico superador de estas limitaciones. Por último, aunque está de acuerdo en la metáfora de la ventana de oportunidad que abren y cierran las oportunidades de cambio, para Sabatier el cambio en las políticas está más vinculado a factores exógenos a la política pública que a elementos endógenos a la misma, y así lo incorpora en su enfoque teórico.

La teoría del equilibrio interrumpido desarrollada por Baumgartner y Jones (1993)²² también atribuye una gran importancia al papel de las ideas en la formación de las políticas, especialmente en la definición de los problemas y soluciones que pasan a la agenda. Para estos autores los cambios en las políticas, especialmente en Estados Unidos, son el resultado de cambios incrementales a lo largo de periodos prolongados que se ven interrumpidos por un breve periodo de tiempo como consecuencia de un evento, crisis o circunstancia que frena la lógica incremental por un tiempo, y obliga a replantear la política y sus bases. Estos cambios suceden cuando existe un cambio de imagen de la política o de soluciones al problema que trata de encauzar la política. Para Baumgartner y Jones, la élite maneja unos recursos simbólicos que denominan *policy image* que sintetiza las nuevas ideas que deben ocupar la solución política, quedando caducas las ideas o la imagen de la política anterior. Este recurso simbólico lo componen un compendio de ideas con base empírica y un cuerpo de ideas y creencias acerca del problema y sus cauces de solución. Ideas y valores que tienen que ver más con el nivel emotivo, ideológico si se quiere, que con el nivel técnico de soluciones a los problemas. Por tanto, aparece en este modelo analítico también el concepto de élite o grupo que impulsa una serie de creencias que tratan de incorporarlas a la política, de ahí el cambio. Lo interesante de estos autores es que consideran que, una vez efectuado el cambio ya en el contexto incremental, lo importante es mantener una misma imagen sobre la política; mientras se mantenga esta misma imagen la continuidad de la misma está garantizada. El matiz que más diferencia esta teoría del equilibrio interrumpido y el marco de las coaliciones promotoras sería cómo se produce el cambio. Para el primero, el cambio puede ser rápido, en cuanto se produce la ruptura de ese equilibrio mencionado; para el marco de coaliciones promotoras el cambio es gradual.

²² Una exposición detallada y actualizada de esta teoría la realizan James L. True, Bryan D. Jones y Frank R. Baumgartner, en un capítulo del último libro editado por Paul A. Sabatier (2007) "Theories of the Policy Process" que lleva por título: "Punctuated – Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in Public Policy making"

Ello porque un mismo individuo que forme parte de una coalición promotora puede apoyar ideas distintas en diferentes momentos; el aprendizaje y la persuasión que se produce en el interior de las coaliciones favorecen estos cambios de forma gradual.

Por último, tenemos la teoría de la elección racional institucional (*Institutional Rational Choice*) basado en un primer trabajo publicado “The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Syntesis of Institutional Approaches” (Kiser and Ostrom, 1982) y que conocería desarrollos posteriores hasta completarlo (North, Williamson, Eggertson, y Ostrom, 1990, 2005). Este enfoque teórico es considerado por Sabatier como el más completo, de los hasta ahora expuestos, por ser el más próximo a su objetivo teórico (omnicomprensivo del proceso político, y con capacidad explicativa). Este requisito lo cumple solo este enfoque de la teoría racional institucional, además contempla en el análisis el comportamiento de los actores a quienes considera de naturaleza racional conforme a fines. Estos actores despliegan un comportamiento en un contexto de limitaciones de diverso tipo vinculadas al contexto en el que se desarrolla el juego político. Sin embargo, el marco de coaliciones promotoras se diferencia de este en el modelo de individuo que ambos planteamientos teóricos consideran. Para la teoría racional institucional, el comportamiento del individuo está guiado por la maximización de beneficios en sintonía con su concepción procedente de la teoría neoclásica económica de *homo economicus* y el individuo guiado exclusivamente por el interés. El marco de las coaliciones promotoras se distancia de esta consideración porque entiende que el comportamiento del individuo, con ser racional, no se explica exclusivamente en términos de *búsqueda del interés individual*, sino de la capacidad que tiene de redefinir sus creencias compartidas con otros individuos en los grupos de actores. Por su lado Ostrom (2005) reconoce que el comportamiento del individuo está condicionado por las reglas que constriñen los comportamientos individuales; en esto estarían de acuerdo ambos planteamientos teóricos. Para Ostrom (1995) no existe contradicción puesto que las reglas pueden ser modificadas, es más, la modificación de las reglas en la mayoría de los casos es el objetivo que define el interés de los actores considerados, y esta es otra diferencia, siempre en términos individuales o como mucho corporativos, a diferencia del marco de coaliciones promotoras que hace del grupo y su acción colectiva el centro de la explicación del cambio.

3.5. Alcance y limitaciones del marco teórico de coaliciones promotoras

Los autores del marco de coaliciones promotoras tuvieron en mente, desde un principio, que este enfoque debía completarse para ofrecer a la comunidad politológica una lente teórica lo suficientemente potente como para explicar el cambio en las políticas. Para ello pusieron gran empeño en superar las adherencias teóricas previas, especialmente del modelo del ciclo de la política o heurística de las fases, todo ello con el fin de construir un enfoque metodológico capaz de definir variables explicativas claras para la explicación en términos causales de un fenómeno complejo como es el proceso político; especialmente la formación de las políticas en el que interactúan actores, recursos y valores. En consecuencia, Sabatier y Jenkins – Smith consideraron desde el principio que el hecho político social de la acción pública que representa el estudio del cambio de las políticas, como todo hecho político, es complejo, y que esta complejidad no puede ser abarcada ni explicada de forma parcial, sino que esta lente analítica a la que nos referíamos y en la que ellos estaban pensando debía ser capaz de permitir ver el fenómeno de forma completa, holística, con base empírica y con hipótesis contrastables en la realidad de las cosas. En definitiva, estos autores, consideraban que este fenómeno político no aceptaba ser estudiado por partes segmentadas e inconexas unas con otras.

Con el objetivo de construir este modelo teórico, los autores del marco de coaliciones promotoras lo primero que hicieron fue desarrollar una crítica de la heurística de las fases, con el fin de tomar aquello de utilidad y separar su planteamiento teórico de los elementos menos útiles, superados por la investigación politológica. Según Sabatier (2007) hasta principio de los ochenta el modelo que más influyó en el análisis de políticas fue el modelo “heurística por etapas” tal y como lo desarrollaron Lasswell (1956), Jones (1970), Anderson (1975), y Brewer y De Leon (1980) quienes dividieron el proceso de la política en etapas bien definidas. Se trata de un modelo con una gran capacidad simplificadora de la realidad haciéndola manejable y comprensible para el analista.

Los autores del marco de las coaliciones promotoras reconocen que el modelo de fases ha tenido sus virtudes porque permitió que el estudio de las políticas alejara el foco de los estudios centrados en las instituciones y en la opinión pública, permitiendo que tomara cuerpo por sí mismo y se abriera paso en la ciencia política como una rama de estudio en

la que también estaba presente la política (y el poder) puesto que era en la estructuración de los problemas y en su definición donde cristalizaba el conflicto entre actores políticos y sociales por los recursos. Otra de las virtudes que Sabatier y Jenkins – Smith reconocen a la heurística de las fases es haber prestado interés a los estudios de impacto de las políticas, como es sabido en los años setenta y ochenta se hicieron muy conocidos los estudios relacionados con la formación de la agenda (Cobb, Ross y Ros 1976; Kingdon 1984, Nelson 1984) y una amplia producción científica centrada en los estudios de la implementación (Pressman y Wildavsky 1973; Hjern y Hull 1982; Mazmanian y Sabatier 1983); de hecho el marco de coaliciones promotoras se reconoce heredero de tales estudios: Estos trabajos estudiaban no solo cómo se había definido el problema y estructurado la agenda, sino realmente qué relación había entre los objetivos a cubrir por la política y los resultados *oucomes* de la misma. Este planteamiento metodológico tuvo una gran acogida entre los académicos, porque conectaba muy bien con su visión racional de la disciplina y le proveía de una herramienta capaz de abarcar ese universo complejo y heterogéneo del cambio político; además conceptualizaba las políticas públicas como proceso (*policy process*) de naturaleza dinámica frente a visiones más estáticas que podían representar los estudios centrados en las instituciones.

Esta visión del ciclo de las políticas también satisfacía a los *policy makers* porque aportaba una perspectiva sobre la formación de las políticas acorde con la teoría sobre la democracia. La heurística de las fases, al fin y al cabo, lo que venía a decir es que el comportamiento de los gobiernos democráticos era coherente con las demandas de la ciudadanía, de sus problemas, y que la aparición de estos problemas en el escenario público era el detonante para la puesta en marcha de una serie de soluciones para tratar de encauzar el problema. Asimismo, permitía la diferenciación nítida entre decisores y burócratas, los decisores son los políticos electos investidos de autoridad democrática para la toma de decisiones, pero los implementadores de las políticas son los burócratas, en una aparente diferenciación de papeles entre ambos.

Sin bien los autores del marco de coaliciones promotoras reconocen estos méritos, la heurística de las fases recibió críticas contundentes (Nakamura 1987; Sabatier 1991; Sabatier y Jenkins – Smith 1993) argumentaban que *no es un modelo o teoría causal*, es decir, la heurística de las fases nos permite identificar problemas, formulación de los

misimos y puesta en práctica de soluciones, lo que no nos dice es por qué se definen los problemas de una determinada manera, y/o cuales son las causas y los responsables de que unos problemas entren en la agenda y otros no, o por qué unos actores han definido ya el problema previamente, o que haya soluciones sin problemas en la escena pública. Por tanto, afirman Sabatier y Jenkins – Smith (1993), este modelo de fases permite el análisis segmentado pero no del proceso completo, y tiene importantes dificultades para encontrar las conexiones entre las fases; estas parecen como compartimentos estancos separadas las unas de las otras, no hay un hilo conductor que permita tener una visión global en términos causales que eleve el modelo a la categoría de paradigma o teoría. Y esta limitación es la que impide establecer *hipótesis que puedan ser contrastadas* a nivel empírico. Porque no hay una hipótesis global sobre cómo se produce la transmisión de las influencias de unas fases a otras de la política, de cómo operan estas influencias en el transcurrir del proceso político. Por tanto, como el modelo no ofrece un cuerpo de hipótesis contrastable, empíricamente pierde toda capacidad explicativa, generalizable y por tanto no sirve como teoría, que es lo que tratan de construir estos autores con el marco de coaliciones promotoras.

También se critica su inexactitud descriptiva en la secuencia de las etapas (Nakamura 1987) –“por ejemplo la evaluación de programas existentes afectan a la definición de la agenda, y la formulación/legitimación de políticas públicas ocurre mientras los burócratas intentan aplicar una legislación vaga “- (Nakamura 1987). La heurística por etapas tiene una tendencia legalista del proceso de la política (*top down*) centrada en el análisis de la aprobación y la implementación de una ley principal, sin tener en cuenta el hecho de que en la implementación y evaluación de numerosas leyes, ninguna es preeminente dentro de un ámbito de políticas (Hern y Hull 1982, Sabatier 1982). Además, se le critica que el modelo se centre en un único ciclo de políticas públicas basado en una ley principal, simplifica demasiado el proceso, según (Sabatier 2007), de múltiples procesos en los que múltiples propuestas implican a gobiernos de diferentes niveles.

Por último, critican la visión temporal que plantea la metáfora del “ciclo de las políticas” porque no se da en la realidad donde priman diversos ciclos formados por actores diversos que formular soluciones a problemas antes de que estos ocurran, cuando no definen previamente un problema para el que ya tienen una solución. Asimismo, la heurística de

las fases deja de lado el papel del análisis de políticas (y su papel en tanto que proveedor de información sobre la política) que condiciona precisamente el proceso porque aporta una visión del problema que tiene su influencia, también, deja de lado el factor aprendizaje que se produce en el interior de las políticas y que hacen que estas cambien, evolucionen.

3.6. El marco de las coaliciones promotoras y su desarrollo teórico

El marco de las coaliciones promotoras además de ser un intento por superar esta perspectiva lineal para el estudio de las políticas, también es un intento por establecer una teoría explicativa del cambio en las políticas a partir de una serie de “prerrequisitos” para cualquier teoría del cambio en las políticas” según Sabatier (1993) léase:

1. La importancia de la información técnica respecto a los distintos aspectos del problema como magnitud, facetas del problema, causas e impactos, recoge la importancia de las ideas relacionadas con aspectos cognitivos y técnicos.
2. Se propone, para el estudio del cambio en una política pública, que sea considerado un periodo de tiempo mínimo de diez años, porque en periodos más cortos de análisis es complicado conocer el papel del “aprendizaje” en las políticas.
3. Consideración del “subsistema de políticas” como la unidad de análisis, de naturaleza intergubernamental (son varios los niveles de gobierno implicados).
4. Mayor variedad de actores en consideración, además de los actores tradicionales, políticos y burócratas, se debe incluir investigadores, profesionales, analistas, periodistas por su contribución en la conformación de los *referentes cognitivos* de la política a través de la generación, difusión y evaluación de ideas sobre las políticas.
5. La política pública es conceptualizada como un “sistema de creencias” puesto que incorporan teorías sobre cómo lograr los objetivos. Siguiendo a R. Martiñón (2005) esto sería lo que permite trasladar el sistema de creencias de las élites y coaliciones

promotoras a la política pública.

El objeto de estudio del marco de las coaliciones promotoras es el cambio en las políticas públicas; por ello responder a la pregunta de por qué se produce el cambio y qué factores son los que lo han favorecido está en el centro de la agenda de la investigación de este enfoque y otros modelos teóricos más recientes. Para Sabatier (1993) la explicación del cambio estaría en la evolución de los acontecimientos políticos, en la estructura externa al subsistema de la política y los cambios en el interior de dicho subsistema (la relación entre coaliciones promotoras y sistemas de creencias).

Las hipótesis explicativas del cambio en el marco de coaliciones promotoras se derivan de tres categorías teóricas, según Sabatier y Jenkins –Smith (1993,1999), que son: las coaliciones promotoras, el cambio en las políticas y el aprendizaje. En la primera ocasión (1993) Sabatier y Jenkins-Smith formularon doce hipótesis, de las cuales cinco fueron reformuladas (1999) en consecuencia de las críticas que el modelo había recibido de otros autores, y la revisión de los resultados de treinta y cuatro investigaciones que aplicaron este marco teórico. Las hipótesis y la relación causal entre las mismas se basan en una serie de premisas.

La primera premisa, se considera que para abordar el estudio del cambio en las políticas es necesario contemplar *un periodo de tiempo de una década* al menos. Ello fundamentado en la función esclarecedora del análisis de políticas, difícilmente se pueden observar los cambios ocurridos en una política si el observador no tiene distancia temporal suficiente para constatarlo. El corto plazo, según Sabatier, no permite observar el comportamiento de los actores y si hubo aprendizaje entre coaliciones y dentro de las mismas. Por otro lado, el “corto plazo” tampoco permite evaluar el impacto de los factores socioeconómico en las políticas (Sabatier 1991,1993)

La segunda premisa es que la unidad de análisis no son las políticas o los programas, sino el *subsistema de la política* formado por un grupo de actores que proceden de organizaciones públicas y privadas, implicados en un problema o asunto de políticas; el control de la contaminación, la salud mental o el transporte terrestre, son ejemplos que pone el autor (Sabatier 1993) y, añade, que estos actores persiguen decididamente influir

en las decisiones gubernamentales en un área de política (Sabatier 1993). El autor señala que hay que distinguir subsistema de política de sistema político, un concepto este último mucho más amplio que engloba un entorno caracterizado por parámetros relativamente estables, estructuras de oportunidad que facilitan o constriñen la capacidad de agencia de los actores del subsistema y otros eventos del subsistema de la política (Sabatier y Weible 2007).

La tercera premisa se refiere a la amplitud de actores integrantes de las coaliciones promotoras. El analista debe contemplar un amplio abanico de actores, públicos y privados, entre los que deben estar presentes periodistas, académicos, investigadores y expertos. Procedentes todos ellos de distintos niveles de gobiernos, no sólo los que tradicionalmente forman parte del triángulo de hierro (*iron triangle*) que son gobernantes, burócratas y grupos de presión. Ello porque el marco de las coaliciones promotoras se aproxima a la realidad con una lente que se posa sobre los sistemas de creencias de los actores, independientemente de su filiación institucional (Sabatier 2007). En definitiva, este marco teórico considera que los actores deben ser de procedencia diversa, de niveles de gobiernos diferentes y una variedad de actividades plural, porque todos ellos participan en el proceso de aprendizaje, reformulan las ideas y tratan de influir en las políticas públicas.

La cuarta premisa está relacionada con la importancia de la información técnica respecto a los distintos aspectos del problema como magnitud, facetas del problema, causas, e impactos; recoge la importancia de las ideas, relacionadas con aspectos cognitivos y técnicos.

Por último, la quinta y última premisa, las políticas públicas y los programas públicos son conceptualizados como un sistema de creencias de las coaliciones promotoras (Sabatier 1988; Sabatier 1993, Sabatier y Jenkins-Smith 1999; Sabatier y Weible 2007). Ello porque consideran que los programas y las políticas representan una visión del mundo, una teoría sobre cómo alcanzar los objetivos (Pressman y Wildawsky 1993; Majone 1980; citados por Sabatier, 1993). Los autores del marco de coaliciones promotoras, al conceptualizar las creencias de los individuos respecto al problema y la política, incorporan las ideas al análisis, y el aprendizaje en las coaliciones promotoras y entre las mismas diseñando de

esta forma una plantilla que permite comprobar en qué medida estas ideas se han mantenido estables o han cambiado en el lapso de tiempo de una década, y nos aporta información sobre el cambio en el contenido real de la política en relación a esas ideas (o creencias) de los actores. Estas creencias son las estructuras mentales de las élites vinculadas a las políticas que son concebidas, según Sabatier (1993), como prioridades de valor y asunciones causales, teorías implícitas sobre cómo alcanzar objetivos, percepciones sobre el estado del mundo (incluyendo la magnitud del problema) percepciones sobre la eficacia de los instrumentos, etcétera.

En síntesis, siguiendo a Martiñón (2005), el marco de coaliciones promotoras aporta una herramienta que permite poner en la misma plantilla ideas, actores y la información técnica, con lo que se facilita visualizar el cambio de los tres elementos y su impacto en la política pública.

3.7. HIPÓTESIS DEL MARCO DE LAS COALICIONES PROMOTORAS

RESPECTO DE LAS COALICIONES Y LOS ACTORES

Hipótesis 1. Cuando se dan las mayores controversias dentro de un subsistema de políticas el núcleo de la política está en juego, el alineamiento de aliados y oportunidades permanecen estables durante más de una década.

Hipótesis 2. Los actores de una coalición promotora mostrarán un consenso sustancial sobre cuestiones pertenecientes al núcleo de la política, aunque menos respecto a los aspectos secundarios de la misma.

Hipótesis 3. Un actor (o coalición) abandonará aspectos secundarios de su sistema de creencias antes de reconocer debilidad en el núcleo de la política.

Hipótesis 10. (Nueva en 1993) Las élites de grupos de propósitos están más constreñidas en su expresión de creencias y posiciones de política que las élites de grupos materiales.

Hipótesis 11. (Nueva en 1993) Dentro de una coalición, las agencias administrativas generalmente promoverán posiciones más moderadas que las de los grupos de interés aliados con ellas.

SOBRE EL CAMBIO

Hipótesis 4 (Revisada en 1993) Los atributos del núcleo de la política de un programa gubernamental en una jurisdicción específica no serán significativamente revisados mientras la coalición promotora que inició el programa permanezca en el poder en esa jurisdicción, excepto cuando el cambio es impuesto por una jurisdicción jerárquicamente superior.

Hipótesis 5. (Nueva en 1997) Perturbaciones significativas externas al subsistema (por ejemplo, cambios en las condiciones socioeconómicas, en la opinión pública, en las coaliciones de gobierno del sistema total o en los productos de las políticas de otros subsistemas) son causa necesaria, pero no suficiente del cambio en los atributos del núcleo de una política de un programa de acción gubernamental

SOBRE EL APRENDIZAJE

Hipótesis 6. El aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias es más probable cuando hay un nivel intermedio de conflicto informado entre las dos coaliciones. Esto requiere: a) cada coalición promotora tenga los recursos técnicos para participar en el debate y b) El conflicto sea entre aspectos secundarios de uno de los sistemas de creencias y elementos nucleares del otro, o alternativamente, entre importantes aspectos secundarios de ambos sistemas de creencias.

Hipótesis 7. Los problemas para los cuales existen teorías y datos cuantitativos aceptados son más conducentes al aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias, que esos en los cuales los datos y la teoría son generalmente cualitativos, bastante subjetivos, o faltan totalmente.

Hipótesis 8. Los problemas que incluyen sistemas naturales son más conducentes al aprendizaje orientado a las políticas que aquellos que incluyen sistemas puramente sociales o políticos, porque, en los primeros muchas de las variables críticas no son estratégicas en sí mismas y porque la experimentación controlada es más factible.

Hipótesis 9. (Nueva en 1993) El aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias es más probable cuando existe un foro que es: a) suficientemente prestigioso para forzar a los profesionales de las distintas coaliciones a participar y b) dominado por normas profesionales.

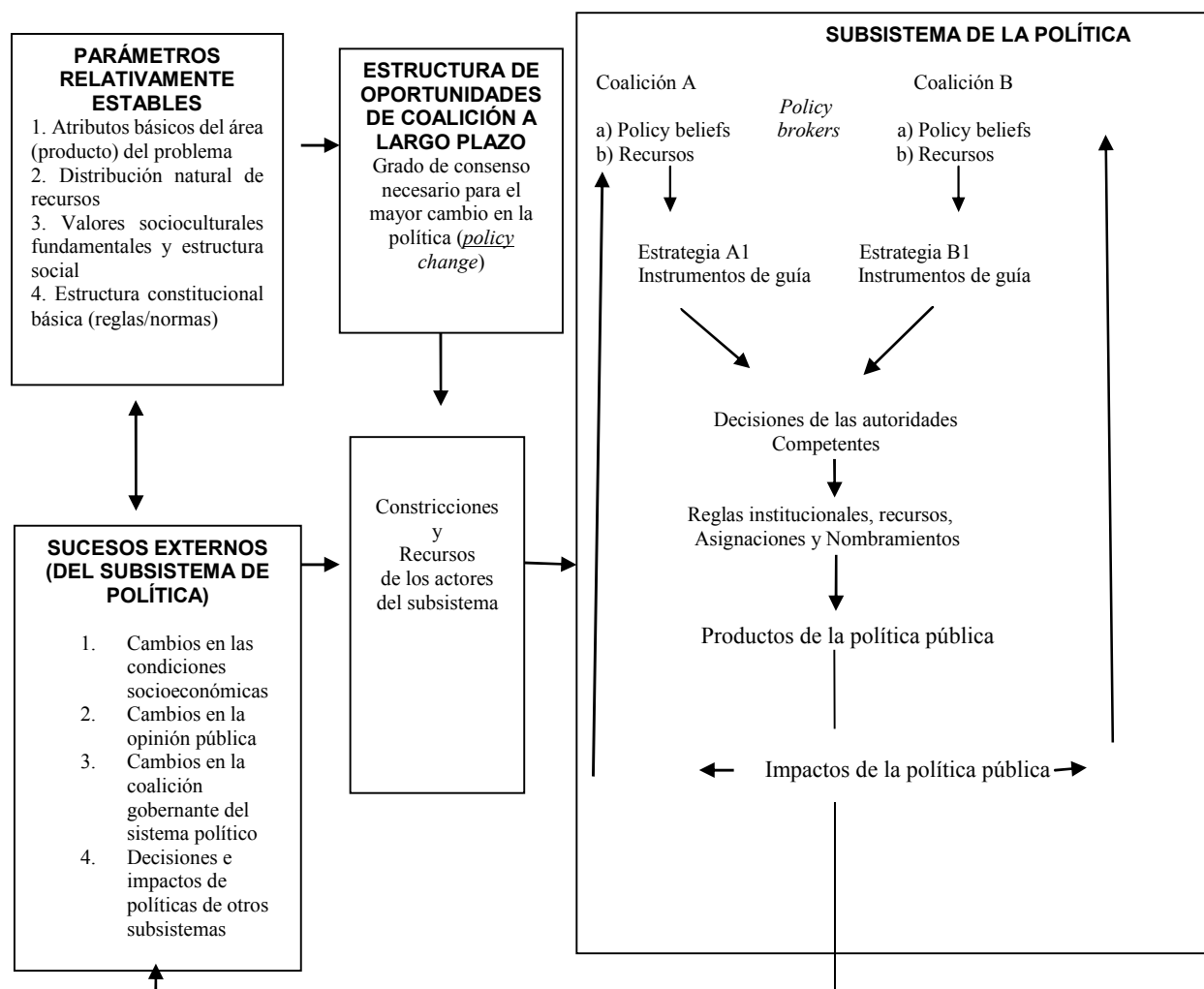
Hipótesis 12. Incluso cuando la acumulación de información técnica no cambia los puntos de vista de la coalición opositora, puede tener importantes impactos en la política, al menos en el corto plazo, al alterar los puntos de vista de los policy broker o de otros funcionarios gubernamentales importantes.

Cuadro (2) Fuente: Sabatier y Weible 2007

En relación al cambio la teoría del marco de coaliciones promotoras considera que los atributos o elementos secundarios que conforman el sistema de creencias de una política no cambia mientras permanezca la coalición promotora que lo alentó, excepto por imposición de una estructura jerárquica superior. Una segunda hipótesis sería las perturbaciones externas al subsistema de la política, como por ejemplo, cambios importantes en las condiciones macro económicas (una gran crisis fiscal como la actual) vuelcos en la opinión pública, en las coaliciones de gobierno del sistema político global, o en los productos de las políticas de otros subsistemas son necesarios.

Además, el cambio en las políticas se vincula a dos tipos de procesos que se visualizan en el cuadro siguiente, a) el análisis de los elementos endógenos al subsistema de la política del comportamiento de las coaliciones promotoras al interior del subsistema de la política, y de cómo estas tratan de incorporar los aspectos nucleares y secundarios de su sistema de creencias sobre la política a la política procurando para ello mejorar sus recursos y aprendizaje sobre la política; b) analizar un segundo proceso que se desarrolla en un campo externo al subsistema de la política (las perturbaciones externas) del sistema global, y que afectan a los “recursos” y “constricciones” de los actores del subsistema de la política. A continuación se expone un cuadro resumen de estos elementos y sus vinculaciones.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO DE ANÁLISIS DE COALICIONES PROMOTORAS Y SU INTERRELACIÓN



Cuadro (3) Fuente: Sabatier y Weible 2007.

El marco de las coaliciones promotoras considera parámetros estables dentro y fuera del subsistema de la política; estos vendrían a ser las reglas de juego estructurales cuyo cambio requiere de grandes espacios de tiempo, por tanto se consideran especialmente porque definen el terreno de juego, y los comportamientos, capacidades y recursos de los actores en el juego político. Siguiendo a Sabatier, -“limitan la gama de alternativas posibles o que afecta a los recursos y creencias de los actores del subsistema”- (P. Sabatier, 1993)

Dentro de los parámetros estructurales son considerados especialmente por su capacidad de influencia los esquemas institucionales constitucionales, la articulación territorial del poder en los estados. La evidencia demuestra que en los sistemas políticos más

descentralizados rigen reglas de despliegue del poder político compartido entre diferentes niveles gubernamentales, circunstancia que favorece el “aprendizaje de políticas” puesto que las innovaciones experimentadas por unos niveles territoriales tiene un efecto imitación por otros, desarrollándose dinámicas de *policy learning* en el interior del sistema político.

El marco de coaliciones promotoras considera que los cambios mayores en la política son consecuencia de los “elementos dinámicos externos” y es una alteración profunda en los mismos, lo que explica un cambio en el *core policy* o sistema de creencias centrales de la política. Estos cambios estarían relacionados con los siguientes factores a) condiciones socioeconómicas y tecnológicas, b) cambios en la opinión pública en relación a un problema de política, c) cambios en la coalición gobernante, d) los impactos y decisiones de otras políticas de otros subsistemas. Estos cambios producen alteraciones fundamentales que afectan a las constricciones y oportunidades de los actores que despliegan su acción en el interior de las coaliciones promotoras de un subsistema de política. La cuestión está, como apuntan Sabatier y Jenkins-Smith 1993, en que estos cambios abren la posibilidad para que los actores desplieguen estrategias inteligentes orientadas a favorecer el cambio en los aspectos centrales de la política, incorporando su sistema de creencias a los fundamentos de la misma para transformarla.

Para el marco de las coaliciones promotoras, el actor clave a considerar son las “*coaliciones promotoras*”, un concepto que hace referencia a un actor colectivo de naturaleza transversal que incluye actores públicos y privados, unidos porque comparten un “sistema de creencias” ideas y valores sobre una política pública, además de la visión del mundo que representa esta política. Para el caso de la sanidad pública, una definición de la salud y enfermedad, una visión del individuo en relación a esta realidad y la manera como la sociedad debe abordar el estado de salud de la población. Por tanto, estaríamos ante un sistema con una arquitectura propia de una red que interactúa de forma cohesionada gracias a dos factores fundamentales: 1) se comparten un cuerpo de creencias, ideas y valores, en torno a la política y 2) una confluencia de intereses en relación a los fines, objetivos e instrumentos de la política. Se decía con anterioridad que las coaliciones promotoras son sistemas transversales en la medida en que (y esto es una innovación del MCP) los miembros pueden pertenecer a más de una coalición promotora. Además puede haber

actores que están al margen de las coaliciones, o en sus aledaños, que juegan un rol de “intermediario”, policy brokers, o policy entrepreneur, según Kingdon (1984), un actor que ejerce de intermediario en las posibles soluciones o alternativas, en un momento dado.

Estas coaliciones actúan en múltiples escenarios como parlamentos, gobiernos, administración pública, tribunales y en diferentes niveles de gobierno; de hecho se da la circunstancia de que distintas coaliciones pueden controlar centros de decisión diferentes del propio sistema político. Según R. Martiñón (2005) las estrategias desplegadas por estas coaliciones pueden ser de índole diversa como la alteración de los presupuestos o reglamentaciones, la creación de un estado de opinión a través de los medios de comunicación, o cambios en los nombramientos de personas clave.

Por último, otro concepto fundamental es “sistema de creencias”, que sirve a los autores para conceptualizar las ideas y la política pública, entendida esta última como un sistema de creencias de la élite de la política respecto al problema y sus soluciones más eficaces. El análisis de los sistemas de creencias está vinculado a Converse (1964) citado por Martiñón (2007) quien definiría las creencias como una “configuración de ideas y actitudes cuyos elementos se encuentran vinculados entre sí por alguna forma de constricción o interdependencia funcional”. Para el marco teórico referido, este concepto es clave puesto que permite operar con las ideas y conocer en qué medida estas cambian y son incorporadas por la vía del aprendizaje a las políticas públicas. Por otro lado, estas creencias conforman el elemento aglutinador en el interior de las coaliciones promotoras, ello sumado a que el “aprendizaje” de políticas en el tiempo es posible por el intercambio de ideas y creencias (especialmente técnicas) no políticas que se producen entre coaliciones promotoras que permite fraguar ciertos consensos en torno a elementos no fundamentales de la política. Estos sistemas de creencias son entendidos como un conjunto de prioridades de valor y asunciones causales en relación al área del problema de la política, es decir, teorías implícitas sobre cómo alcanzar los objetivos; en definitiva, son la estructura de pensamiento de las élites, lo que implica un conocimiento complejo sobre aspectos fundamentales de la política que distancia esta élite del público en general. Según Sabatier (1993) son prioridades de valor, percepciones sobre la importancia del problema de las relaciones causales, percepciones sobre el estado del mundo, percepciones sobre la eficacia de los instrumentos. En definitiva, la política pública es conceptualizada como un sistema

de creencias en la medida en que encarna una teoría sobre cómo alcanzar los objetivos, estas políticas son consideradas como sistema de creencias (Pressman y Wildawsky 1973, Majone, 1980). El marco de las coaliciones promotoras considera el sistema de creencias como la plantilla que permite medir el cambio en las políticas, poniendo en la misma plantilla evolución de las creencias y sus cambios en el periodo considerado y los cambios en la política pública. Los cambios se observan pues en la evolución de estas creencias de los actores y de la política pública durante el periodo considerado.

Para observar estos cambios, por tanto, es necesario, en el proceso de investigación, identificar bien las creencias en cada una de las coaliciones promotoras por medio de técnicas de investigación que lo permitan, como el cuestionario o el análisis de los discursos de los actores. El marco de las coaliciones promotoras distingue varios niveles de creencias y a cada uno de estos niveles les atribuye una capacidad de incidencia en el cambio. Así, distingue las creencias profundas que tienen que ver con elementos normativos y ontológicos, y las creencias que forman parte del núcleo de la política vinculado a compromisos normativos y percepciones causales. Luego estarían los factores secundarios del sistema de creencias de la coalición que comprenden creencias sobre elementos que no son fundamentales de la política y que no abarcan todo el subsistema de la misma. Se consideran aspectos secundarios aquellos relacionados con las percepciones sobre la seriedad del problema, la importancia de diversos factores en contextos específicos, consideraciones de reparto del presupuesto, instituciones adecuadas, o instrumentos para abordar el problema, etcétera. A continuación se presenta una tabla con elementos que caracterizan el sistema de creencias.

TABLA DE LOS SISTEMAS DE CREENCIAS DE LAS ÉLITES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

	Núcleo profundo	Núcleo de la política	Aspectos secundarios
Características Definitorias	Axiomas normativos y ontológicos	Posiciones fundamentales en la política relacionados con estrategias orientadas a los objetivos de la política	Decisiones instrumentales e investigaciones en relación a la implementación de la política
Extensión	A lo largo de todos los Subsistemas de la política	En todo el subsistema	En parte de la política
Susceptibilidad del cambio	Muy difícil, semejante a una conversión religiosa	Difícil pero posible si así lo aconseja la experiencia por anomalías	Relativamente fácil: es el centro del policy making administrativo y legislativo
Componentes ilustrativos	1. Naturaleza humana: 1.1.-Inherentemente malo vs Socialmente redimible 1.2.-Parte de la naturaleza vs Dominio sobre la naturaleza 1.3.-Egoístas intolerantes vs Contractualistas 1.4.-Prioridad relativa de varios valores fundamentales: seguridad, libertad, conocimiento salud, amor, belleza, etc. 1.5.-Criterios básicos de distribución de la justicia: ¿El bienestar de quién es importante? El bienestar del Grupo, de uno mismo, todo el mundo, generaciones futuras. 1.6. Identidad sociocultural (de étnica, religión, género, etc.)	2.-Preceptos normativos fundamentales 2.1.-Orientación sobre prioridades de valor básicas 2.2.-Identificación de grupos o entidades cuyo bienestar se considera básico. Con gran componente empírico 2.3.-Sobretudo la seriedad del problema 2.4.-Causas básicas del problema 2.5.-Distribución de autoridad gobierno-mercado 2.6.-Prioridad respecto a instrumentos de la política pública (Regulación, seguros, educacionales) 2.7.-Método de financiación de la política 2.8.-Capacidad de la sociedad para resolver el problema 2.9.-Participación del público vs cargos electos vs expertos 10.-Policy <i>core preferences</i> 11.-Distribución adecuada entre niveles de gobierno	Seriedad de aspectos específicos del Problema en espacios concretos Importancia de diversos nexos causales en el espacio y en el tiempo Decisiones sobre reglas administrativas, disposiciones presupuestarias, interpretaciones y disposiciones estatutarias Información respecto a puesta en marcha de programas específicos, o instituciones

Tabla (2) Fuente: Sabatier y Jenkins – Smith, 1999.

¿Dónde quedarían entonces los intereses de los actores? Los intereses estarían insertos en el marco de ideas y valores defendidos por los actores en el interior de las coaliciones promotoras, no se arrumban en un cajón, sino que son tenidos en cuenta; igual que los intereses personales de determinados líderes de grupos o actores colectivos, quienes sin duda juegan un papel, la cuestión, siguiendo a Sabatier, (1993), es que no es fácil discernir o diferenciar especialmente en términos empíricos “ideas, valores e intereses de los actores”.

3.8. Relación sistema de creencias y modelo de individuo

Antes de proseguir conviene aclarar que el marco de las coaliciones promotoras comparte premisas con los enfoques neo-institucionalistas, especialmente con el institucionalismo racional de E. Ostrom, (1999) de racionalidad instrumental, alineado en el caso del marco de las coaliciones promotoras con un tipo de “racionalidad limitada” H. Simon (1957) y, muy especialmente, el neo-institucionalismo centrado en los actores, F.Sharpf, (1997). Ello porque acepta implícitamente que los actores despliegan estrategias para instrumentalizar ideas y creencias (valores) en la defensa de su visión del mundo y, por añadido, sus intereses, que no tienen por qué ser solo económicos, sino de naturaleza diversa. En efecto, el marco de coaliciones promotoras contempla de forma indefectible la idea de que el contexto político, histórico y cultural es un elemento que condiciona el comportamiento, las capacidades, recursos y oportunidades del actor. Por tanto, resuelve de una forma “dialéctica”, en el sentido de Marsh, Stoker, Sharpf y Mayntz, el dilema “estructura” versus “agencia” en la explicación del cambio en las políticas públicas, actores e instituciones se condicionan mutuamente en el juego político.

Por último, es de mucho interés para esta investigación el factor “aprendizaje sobre políticas” como elemento que queda incorporado a la explicación, sin embargo, la evidencia empírica demuestra que este factor juega un papel en los alrededores de los atributos de la política, no en los elementos centrales, en el sistema de creencias profundas. Y ello, por una explicación muy sencilla, que también nos señala la literatura sobre *policy learning*, en concreto autores como Rose (1993), Dolowitz y Marsh (2000) y Bennett (1997), quienes argumentan que los aspectos cognitivos del “*policy maker*” o

“emprendedor de políticas” juegan un rol fundamental en la selección de aquellas experiencias que más se ajustan a su cuerpo central de ideas y creencias (y por tanto el de la coalición promotora) que lidera, y rechaza aquellos modelos que chocan directamente con esta visión del mundo, construida de ideas y valores. Es lo que se denomina “filtro perceptivo”; ello explica que se elijan las experiencias de políticas de países con sistemas políticos más próximos culturalmente, según Bennett (1997).

Siguiendo a Sabatier 1998, más bien instrumentarán (y esta es una clave para este trabajo) el aprendizaje sobre análisis de políticas formal para apoyar y elaborar creencias (o atacar los puntos de vista de sus oponentes). No debemos olvidar, nos recuerdan estos autores, que el escenario en el que se da el juego político es en el proceso político y este, por definición, se asemeja a un espacio en el que distintos actores compiten por imponer sus valores e ideas a través de los instrumentos del poder político, incluido el recurso a la fuerza, para beneficio de quienes defienden determinadas alternativas de políticas (este proceso no es una búsqueda desinteresada de la verdad, el conocimiento es un instrumento con gran capacidad persuasiva en manos de los actores en la defensa de sus fines).

El marco de las coaliciones promotoras parte de la base de que los grandes cambios en las política públicas, los cambios sustanciales, son consecuencia de perturbaciones externas al subsistema de la política, por eso se centra en analizar el cambio gradual que se produce como consecuencia del aprendizaje orientado a las políticas. Este aprendizaje está relacionado con un mejor conocimiento de las variables fundamentales del sistema de creencias, un mejor conocimiento de las relaciones lógicas y causales del interior del sistema de creencias, según apunta Sabatier (1998): “el aprendizaje orientado a las políticas es un proceso de investigación y adaptación motivado por el deseo de realizar las creencias del núcleo de la política”. En efecto este aprendizaje no afecta al núcleo profundo ligado a valores normativos de la política, opera en los elementos secundarios vinculado a cuestiones que pueden cambiar como consecuencia de la evidencia fruto de la investigación sobre la política, Sabatier y Jenkins-Smith, 1993. Los actores en este proceso son selectivos a la hora de tener en cuenta esta información, generalmente actúa el filtro perceptivo al que nos hemos referido antes. Es decir, que es selectivo tendiendo a utilizar la información no para cuestionar los valores fundamentales de su núcleo de

creencias, sino más bien para apoyarlo, o atacar y criticar los puntos de vista de sus oponentes, Sabatier 1998.

En definitiva los autores del marco de las coaliciones promotoras entienden que el aprendizaje orientado a las políticas es instrumental; ello quiere decir que es un recurso que los actores utilizan para tener una comprensión más completa de la política de forma que ello le permita saber mejor cómo incorporar su sistema de creencias a la política pública. Las coaliciones promotoras en la búsqueda de su objetivo utilizan todo tipo de recursos a su alcance, y la información aportada por la investigación científica es uno de ellos. De forma que las coaliciones tienen importantes incentivos para el aprendizaje porque les aporta:

- Una mejor comprensión de las variables fundamentales de la política, permite identificar mejor fines, y variables importantes del sistema de creencias, y aporta conocimiento sobre posibles problemas de implementación.
- La claridad en la comprensión de las relaciones lógicas y causales internas al sistema de creencias, permite definir mejores mecanismos para conseguir los fines de las creencias centrales.
- Permite tener información sobre los desafíos que las coaliciones promotoras pueden tener consecuencia de perturbaciones externas, exógenas que alteren el equilibrio de fuerzas, recursos, y actividad de los oponentes.

Los autores consideran que hay cuatro principios que rigen este proceso de uso de análisis y la investigación de las políticas en el cambio y orientación de las mismas:

- 1) El análisis es estimulado por amenazas a los valores centrales, o bien, por oportunidades de realización de estos valores.
- 2) La información técnica alerta a la gente de en qué medida determinada alteración puede afectar a sus intereses.
- 3) Una vez que los actores han tomado una posición sobre una política pública, los actores utilizan la información técnica para apoyar sus argumentos y sistema de creencias.

- 4) Los actores generalmente necesitan argumentar empíricamente sus posiciones, para tener éxito a la hora de trasladar sus creencias a la política pública en cuestión (Jenkins-Smith y Sabatier, 1993).

La idea que planea, en general, es la defendida por Majone (1997) que argumentaba que en los sistemas políticos complejos democráticos, los actores políticos no pueden o evitan imponer las políticas como consecuencia del ejercicio puro y autoritario del poder. Por ello necesitan persuadir a sus oponentes y a la opinión pública de las bondades de sus propuestas de políticas; razón por la que despliegan procesos persuasivos destinados a convencer de las virtudes de su alternativa política. En este proceso argumentativo juega un importante papel el aprendizaje, la información técnica y científica, que permite llevar el debate por terrenos menos ideológicos que son siempre más vulnerables a las críticas y el rechazo de quienes ven afectados sus intereses y creencias. Por último, los autores del marco de las coaliciones promotoras, distinguen entre aprendizaje dentro de las coaliciones promotoras, y entre las coaliciones promotoras, en el que la teoría centra su interés mayor.

3.9. El aprendizaje en los sistemas de creencias

El aprendizaje dentro de los sistemas de creencias es relativamente más fácil que entre sistemas de creencias distintos. Según los autores del marco de las coaliciones promotoras, son varios los procesos que marcan este aprendizaje en el interior de las coaliciones promotoras, 1) el cambio individual y de actitudes, 2) la difusión de nuevas creencias y actitudes entre los individuos, 3) los movimientos de los individuos dentro de cualquier colectividad, 4) la dinámica de los grupos, tales como la polarización de grupos homogéneos o grupos en conflicto, 5) las reglas para unificación/agregación de preferencias y para la promoción y el impedimento de la información entre los individuos (Jenkins-Smith y Sabatier, 1993). Estos autores entienden que el aprendizaje se da entre los individuos y luego entre los grupos que despliegan dinámicas de incorporación o rechazo a las nuevas ideas según estén en mayor o menor sintonía con sus intereses. En teoría, las nuevas ideas sobre la política van surgiendo como consecuencia de la

investigación sobre la implementación o la experiencia que da esta misma, pero la realidad demuestra la dificultad que implica este aprendizaje porque generalmente no hay mucha investigación sobre la implementación y porque cuando la hay esta no siempre se utiliza para mejorar la misma.

3.10. El aprendizaje entre los sistemas de creencias

El marco de las coaliciones promotoras se interesa específicamente por el aprendizaje que se produce entre sistemas de creencias o coaliciones promotoras. Es posible este aprendizaje si entre coaliciones promotoras diferentes es posible un diálogo productivo sobre elementos objetivos de la política, no normativos, sino aspectos secundarios e incluso instrumentales. El aprendizaje ocurre si las coaliciones promotoras alteran parte de su sistema de creencias respecto a elementos nucleares de la política o secundarios como consecuencia de ese diálogo o *debate analítico*, al que se hacía referencia.

La experiencia demuestra que este aprendizaje es posible bajo una serie de circunstancias, 1) según el nivel de conflicto entre las coaliciones, 2) la medida en que el tema pueda ser tratado de modo analítico, 3) la naturaleza del foro de análisis (si es más abierto o profesional). A partir de estas variables el marco de las coaliciones promotoras establece una serie de hipótesis, ya mencionadas con anterioridad, sobre el aprendizaje. Hipótesis 8 (sobre el aprendizaje). El aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias es más probable cuando hay un nivel intermedio de conflicto. Y que cada coalición tenga los recursos técnicos para participar en el debate, y el conflicto esté centrado en aspecto secundarios de uno de los sistemas de creencias, y nucleares de otro de los sistemas de creencias, o bien, se centre en importantes aspectos secundarios de los sistemas de creencias.

Hipótesis 9 (sobre el aprendizaje). Los problemas para los que hay datos y evidencias cuantitativamente aceptados son más conducentes al aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias que aquellos en los que el debate se plantea sobre aspectos subjetivos, ausente de datos o evidencia empírica.

Hipótesis 10 (sobre el aprendizaje). Los problemas que tratan incluyen sistemas naturales, que son más conducentes al aprendizaje que aquellos en los que predominan aspectos sociales o políticos, dado que en los primeros muchas de las variables presentes no son estratégicas y porque los experimentos controlados son más probables.

Hipótesis 11 (sobre el aprendizaje). El aprendizaje entre sistemas de creencias es más probable cuando existe un foro que es 1) suficientemente prestigioso para forzar a los profesionales de las distintas coaliciones a participar, 2) dominado por reglas profesionales.

Hipótesis 12 (sobre el aprendizaje). Incluso cuando la información técnica no cambia los puntos de vista de la coalición opositora, puede tener un impacto importante en la política en el corto plazo, al alterar los puntos de vista de los policy brokers o de otros funcionarios gubernamentales importantes.

Los autores, Sabatier y Zafonte (1997) desarrollaron después una hipótesis suplementaria, en relación a las cualidades que debían tener un foro exitoso, para que realmente sus conclusiones fueran aceptadas por las distintas coaliciones promotoras. Así, pensaban que para que esto ocurriera era muy importante tener en cuenta a) su composición, que fueran fundamentalmente científicos asociados a cada una de las coaliciones y científicos neutrales, b) la fundación de estos foros debe estar alejado de la promoción de una determinada coalición promotora, sino por entes ajenos, en el que deben estar representadas múltiples agencias, c) se deber reunir al menos seis veces al año, con regularidad, d) el contexto, el foro será exitoso si las partes que lo componen están de acuerdo en que es necesario cambiar el *status quo* de la política, y están dispuestos a aceptar la alteración de algunas de sus precepciones sobre la política.

Los autores coinciden en que es raro que se den todas estas circunstancias, por ello es raro que se den foros exitosos, especialmente en sistemas políticos descentralizados, en los que las coaliciones promotoras tienen un abanico importante de espacios a los que apelar para promover sus intereses.

3.11. Conceptos centrales del Marco de las Coaliciones Promotoras

3.11.1. Los conceptos de cambio en las políticas y de subsistema de políticas. El concepto de cambio en el Marco de Coaliciones Promotoras y su consideración como objeto de estudio

Para los autores del marco de las coaliciones promotoras el objeto de estudio en la investigación de políticas debe ser el cambio (*policy change*) no la política en sí que aunque encarne ideas y teorías sobre el problema y sus soluciones, es en el cambio donde se pueden observar la influencia del aprendizaje, la información técnica y cómo lo actores intentan influir (con sus ideas) en la política. Además, el cambio nos permite observar los elementos de controversias, conflictos, y distribución de recursos de poder en la relación sociedad estado.

Los análisis de políticas generalmente van destinados a comprender el cambio ¿por qué surgen las políticas? ¿Por qué cambian?, *policy change*, y cuál es la explicación de este cambio. Los analistas también se preguntan por qué varían unas políticas en unos sistemas políticos y en otros, o por qué se parecen tanto las políticas en distintos sistemas políticos; y emplean para ello análisis comparativos que permitan conocer esta variación. En definitiva la investigación politológica referida a las políticas se viene interrogando ¿por qué surgen las políticas públicas? ¿Tiene ello relación con la aparición de un problema en el ámbito público y la política pública estructura una solución? En la explicación la investigación politológica siempre se ha considerado que había dos elementos que favorecían o frenaban este cambio y que, en todo caso, estaba en el centro de la explicación del mismo. Este era el dilema estructura agencia, según el cual el motor del cambio residía en los actores políticos quienes desplegando sus preferencias e intereses impulsan el cambio de tal forma que cristaliza en una determinada política. Sin embargo, otras teorías (menos racionalistas) defienden la tesis de que el cambio y la capacidad de agencia de los actores están limitada por las estructuras (instituciones). En estos debates se insertan las teorías pluralistas vinculadas a la idea de que en la relación estado sociedad, también en la formación de las políticas, son numerosos actores públicos y privados los que intervienen, no sólo el famoso triángulo de hierro, compuesto por políticos, legisladores y burócratas, sino que una amplia variedad de actores inciden y tratan de

llevar sus intereses a las políticas. Por su parte las teorías neo institucionalistas también se encuentran vinculadas a estos debates, de forma que han surgido varios institucionalismos vinculados a la explicación del cambio en las políticas y en qué medida la explicación del mismo bascula más del lado de los actores (neoinstitucionalismo rational choice) o del lado de las instituciones (neoinstitucionalismo cultural). Dentro de estos enfoques estarían los enfoques sintéticos, del que forma parte el marco de coaliciones promotoras, que consideran que el cambio en las políticas cristaliza en instancias formadas por actores diversos públicos y privados, de origen e intereses muy variados, vinculados a la política pública quienes tienen un conocimiento profundo sobre el problema, las soluciones y los elementos técnicos de las políticas públicas; estas se han convertido en realidades complejas para las que es necesario un conocimiento experto importante.

En el caso de los estudios de implementación de lo que se trata es de conocer el detalle de cómo la solución adoptada por la autoridad es desarrollada por las estructuras administrativas encargadas de ello, y qué ocurre en esta fase en la que la solución es aplicada y en la que se producen variaciones de implementación, como nos enseña la literatura, consecuencia de que las estructuras implementadoras tienen sus lógicas, actores e intereses en la solución al problema; la política pública. Por otro lado estarían los estudios de evaluación, que serían los encargados de mostrar hasta qué punto lo planificado consiguió los resultados esperados, los objetivos, y dónde estuvieron las ineficiencias para en su caso corregirlas.

En el caso del marco de las coaliciones promotoras la pregunta que orienta la investigación y que a su vez es la variable dependiente es el cambio en las políticas públicas ¿qué cambia y por qué en los sistemas de creencias de las políticas? Este es el objeto de análisis explícito del marco de las coaliciones promotoras. Paul Sabatier, en relación al cambio en las políticas, se refiere a dos tipos de cambios: cambio mayor (el que se produce en el núcleo de la política) y cambio menor, el que se produce en los alrededores de la política. En el entendido de que el cambio mayor, es decir, el que afecta a los aspectos nucleares de la política, es un cambio consecuencia de transformaciones de índole política o socioeconómica en los parámetros externos del subsistema de la política.

Según el marco de coaliciones promotoras, el cambio es considerado como sistema de creencias, de modo que hay cambio si cambia el sistema de creencias como es conceptualizada la política pública. Se entiende pues que no puede haber realmente cambio mayor en el núcleo de la política si no hay un cambio en los parámetros externos sistémicos al subsistema de la política que afecta a los recursos y constricciones de los actores. El cambio menor que afecta a los aspectos secundarios sí puede ser consecuencia del aprendizaje que se produce en el interior de la política, por tanto de elementos cognitivos de los actores que tratan de incorporarlos a la política. El marco de las coaliciones promotoras ofrece una explicación causal, es decir, aporta variables independientes que están en el origen de la explicación del cambio y una serie de hipótesis que sirve al investigador para escrutar estas causas. Los autores exponen que generalmente las causas son de naturaleza cognitiva, consecuencia del aprendizaje que se produce en el interior de las coaliciones promotoras y, entre estas coaliciones, debido a la socialización de elementos técnicos vinculados a soluciones al problema. Sin embargo, como se acaba de explicar, la teoría del marco de las coaliciones promotoras deja entrever que los cambios fundamentales en las políticas son consecuencia de cambios mayores en el exterior del subsistema de la política, en el entorno político y socioeconómico. Para el análisis de este cambio se considera adecuado un periodo de diez años, tiempo suficiente para que se pueda observar los cambios en la política, consecuencia del efecto del aprendizaje en las mismas en el subsistema de políticas que es la unidad de análisis, un subsistema por otro lado para estos autores de naturaleza intergubernamental, como se verá a continuación.

3.11.2. El concepto de subsistema de política como unidad de análisis y el concepto de dominio de políticas en el Marco de las Coaliciones Promotoras

El marco de las coaliciones promotoras utiliza una unidad de análisis en el desarrollo de sus investigaciones que es el “subsistema de política pública”. Un concepto que sirve para delimitar los contornos en los que se mueven los actores que desarrollan su actividad en torno a una política pública. En concreto (Sabatier, 1998) lo define como “conjunto de actores que provienen de una variedad de organizaciones públicas y privadas, y que se encuentran activamente involucrados en una cuestión o problema de política pública”.

Estos actores forman coaliciones por varias razones, porque están insatisfechos con los resultados de una política en curso, por su deseo de cambiar algunos elementos de las mismas que consideran están más acorde con sus preferencias, o por interés material. Los autores del marco de coaliciones promotoras diferencian entre subsistema de política maduro y naciente. Un subsistema estable y duradero, maduro implica coaliciones estables a su alrededor con interacciones duraderas y frecuentes entre los actores. Por ello se considera que para el análisis de una política, y sus cambios, se deben considerar periodos de tiempo de diez años o más, porque es en el discurrir del tiempo que cristalizan los subsistemas compuestos por actores cuyo elemento común es tener un interés y un conocimiento experto importante sobre el problema y las medidas para encauzar el problema de la política. Un subsistema naciente es el que está en fase de organización y articulación, cristaliza en torno a políticas recientes, novedosas, en los primeros momentos en los que los actores se coaligan según sus intereses y capacidades. Por ello Sabatier consideraba que un subsistema maduro debía cumplir los siguientes requisitos:

- 1) Los participantes se ven a sí mismos como una comunidad semiautónoma que comparte un dominio de pericia.
- 2) Buscan influir en la política pública dentro del dominio a lo largo de un periodo de tiempo, como de siete a diez años. Esto resulta de la asunción del marco de coaliciones promotoras de que solo en este intervalo de tiempo se pueden comprobar y verificar los cambios en la política, consecuencia del aprendizaje y sus impactos.
- 3) Hay subunidades especializadas dentro de las agencias a todos los niveles relevantes de gobierno relacionados con el tema. Esto proviene de la asunción de que, en ausencia de tales unidades, la implantación sería excesivamente problemática y las coaliciones se darían cuenta de ello: un subsistema persistente necesita tener indicios organizativos.
- 4) Hay grupos de interés, o subunidades especializadas dentro de los grupos de interés, que miran el tema en cuestión como una cuestión principal de políticas (Sabatier, 1988).

Por ello, esta unidad de análisis está caracterizada por varios conceptos que la definen, actores y coaliciones de actores, con especial interés en la interacción entre los mismos, y su naturaleza intergubernamental; esto último porque en los estados democráticos modernos la descentralización en la toma de decisiones y en la responsabilidad para la ejecución de las políticas públicas es lo más común frente a modelos centralizados y jerárquicos de gobierno. Por ello, para el marco de coaliciones promotoras, el subsistema de la política incorpora actores de distintos niveles de gobierno nacional, regional y local,

que tengan responsabilidades alrededor de la política; al igual que incorpora actores públicos y privados, y de procedencia diversa como periodistas, expertos y académicos, porque se entiende que son los que contribuyen a favorecer el aprendizaje en las políticas. En este sentido esta teoría se desmarca de los demás abordajes teóricos, porque considera que las ideas y creencias de los actores son más importantes que su filiación institucional.

-“el marco de coaliciones promotoras, por el contrario, nos anima a pensar en los funcionarios, investigadores y periodistas como miembros potenciales de las coaliciones promotoras, de modo que tienen creencias respecto a la política de modo similar a los líderes de los grupos de presión y sus aliados legisladores; y como personas ocupadas en una actividad coordinada en grado nada trivial, para conseguir sus objetivos comunes en la política” (Sabatier, 1988)

Por ello se ha de considerar el subsistema de política como una unidad de análisis más omnicomprendensiva del tradicional “triángulo de hierro”, que pone el foco exclusivamente en los legisladores, burócratas, y grupos de interés.

El concepto de dominio de políticas, entendido como área de políticas, debería ser considerado como un espacio compuesto por actores vinculados con un sector de políticas.

3.12. La ubicación del modelo del Marco de las Coaliciones Promotoras en el esquema teórico de la Ciencia Política

A continuación esbozamos una respuesta a la pregunta ¿en qué lugar se posiciona el marco de coaliciones promotoras respecto a los grandes enfoques teóricos de la ciencia política moderna? En este punto, pensamos que tiene sentido referirse a que la ciencia política se ha interesado especialmente por el estudio del poder, las instituciones y el comportamiento político. En este sentido tres grupos de teorías, según Mény y Töening (1992) han concentrado tradicionalmente la explicación. Las primeras centradas en un enfoque *social*, que pone el acento en los aspectos relativos al individuo y el comportamiento social en el que el estado es una suerte de ventanilla a la que los ciudadanos acuden para solicitar demandas, en una visión funcionalista del estado: el estado al servicio de la sociedad. Un segundo grupo de teorías que privilegian la visión del Estado como aparato de dominio al servicio de un grupo dominante, teorías neo

marxistas, según estas teorías el estado sólo tiene una autonomía relativa puesto que representa intereses muy concretos de clase o grupo dominante, a este grupo se vinculan las *teorías (neo) weberianas* que defienden la idea de que este grupo dominante se llama burocracia, y que el estado sirve a sus intereses. En un tercer lugar, estarían las teorías pluralistas que se sitúan en una posición intermedia en el eje Estado Sociedad, y que consideran que esta relación está llena de matices, de puntos grises, el estado sería una caja negra que el análisis de las políticas públicas nos pueden ayudar a comprender. En este eje intermedio se encuentran las teorías neo corporativistas, neo institucionalistas, y de *policy community* (Heclo y Wildawsky, 1974) o *los issue network* (redes de interés) que se diferencian de los *iron triangle* en que el número de actores es mayor, de procedencia más diversa, y con un poder menos concentrado. Estos enfoques se diferencian del (neo) corporativismo e incluso del pluralismo (*sticto*) en que ponen el énfasis en una relación estado sociedad estructurada a partir de la interacción de actores públicos y privados en contextos de toma de decisiones públicas que cristalizan en las políticas públicas. En consecuencia, los abordajes empíricos están destinados a comprender el tipo de relación entre el estado y los grupos de poder, conocer en qué medida las reglas (instituciones) limitan y condicionan la libertad de agencia de los actores, y las características y tipo de relaciones que se producen en el interior de las comunidades de políticas, por ello se pone el foco en la red (*policy network*). En este sentido, Mény y Töening (1992) afirman que estas teorías intermedias tratan de desmarcarse de los planteamientos maximalistas, según los cuales, o la sociedad está prisionera de un grupo oligárquico que tiene capturado el estado, o esta se conduce por un *racionalismo economicista* sin más limitaciones que sus intereses y preferencias. En este sentido, los autores del marco de coaliciones promotoras se posicionan del lado de las teorías pluralistas porque consideran que en la relación estado sociedad, ni el estado es el actor preponderante, ni el comportamiento de los actores en sociedad está presidido por un racionalismo sin fisuras, sin límites o condicionante y que, en esto, las instituciones son importantes, porque marcan el terreno de juego, y además, distribuye recursos de poder, oportunidades y constricciones que condiciona las capacidades de los actores en el juego político.

3.13. Críticas al modelo de intermediación de intereses y de governance del que el marco de coaliciones promotoras forma parte

El proceso de política pública (*policy process*) se desarrolla según los planteamientos de las teorías de la intermediación de intereses en el contexto de las redes de políticas (*policy network*). Este concepto es una herramienta analítica para comprender las relaciones institucionalizadas entre el Estado y Sociedad (actores públicos y privados) que mantienen relaciones de dependencia de recursos. La *red* es una estructura en la que interactúan actores públicos y privados, sin jerarquías específicas; es en la red en la que se produce la maceración de las decisiones a los diferentes problemas públicos. La tradición politológica norteamericana considera la escuela de intermediación de intereses como un modelo que supera los extremos corporativistas y pluralistas (March y Rhodes 1992; Smith 1993; March 1993). En la literatura europea, por el contrario, el “policy network” y el concepto de “*policy communities*”, introducido por Richardson y Jordan (1993), es considerado un concepto que explica la relación horizontal entre actores públicos y privados, sin jerarquía; diferenciada del concepto de mercado, próximo al concepto de “governance” (Mayntz 1993, Scharpf 1993, Rhodes 2000). Según Borzél 1997, ambas escuelas tienen en común que abordan la investigación desde el interrogante que trata de explicar cómo impactan estas estructuras en la forma de elaborar las políticas. La escuela de la intermediación de intereses bebe de las fuentes de los planteamientos de subsistemas de políticas para los que la política pública se elabora en un subsistema al margen del sistema político, con cierta autonomía, compuesto por actores diversos vinculados por su interés en una política específica: agricultura, energía, sanidad, medio ambiente. En estas redes de actores cristalizaba muchas veces un triángulo de hierro con características neocorporativas, por la cual unos grupos tenían capturado el proceso de elaboración de las políticas. Posteriormente, la investigación, y las aportaciones de autores como Heclo (1991) incorporaron otro concepto “*issue network*” para referirse al hecho de que los actores se asociaban a redes de interés, pero sin un alto grado de compromiso, los actores entran y salen de estas redes en las que es muy difícil identificar quién tiene el bastón de mando, el poder. Esto era consecuencia, según Hecho, de dos factores: la ampliación y descentralización de la toma de decisiones gubernamentales, y

por la creciente complejidad técnica de los problemas y las políticas públicas.

Las principales críticas a estas teorías de la intermediación de intereses vienen desde autores como March y Rhodes, quienes consideran que el tradicional enfoque de intermediación de intereses era incapaz de dar cuenta de la forma de relacionarse los actores públicos y privados en el interior de la red, de aquí que estos autores recomendaran prestar atención a las características de las instituciones gubernamentales y su papel dentro de la red, y modos de relación y coordinación con el resto de actores de la sociedad civil. En efecto, estos autores distinguen entre redes abiertas (*issue network*) y redes más cerradas, en función del tipo de intermediación, número de actores, nivel de coordinación, y de interdependencia de recursos. Lo que diferencia a un tipo de redes y otras es que la *policy networks* está institucionalizada y sus miembros mantienen contactos regulares y permanentes, cosa que no ocurre en la *issue networks*. En este sentido Dowling ha sido uno de los primeros que criticó la supuesta facultad teórica de la teoría de las *policy networks*, entendiendo que no es cierto que la estructura de la red condicione el resultado; este concepto es una metáfora con capacidad descriptiva pero no tiene capacidad teórica ni explicativa. Por ejemplo, el patrón de comportamiento en las interacciones entre los grupos que forman parte de la red nos aporta información de cómo se distribuye el poder, y de cuál es el resultado de política.

CAPÍTULO IV: LA POLÍTICA SANITARIA. LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES POLÍTICOS Y LOS INTERESES MATERIALES

4.1. La dimensión de Poder en la Salud

En las sociedades desarrolladas los conceptos de salud y poder están muy relacionados. La enfermedad tiene consecuencias indeseables tanto para el individuo como para la colectividad y, por ello, siguiendo a Rodríguez y De Miguel (1990) el poder se reconoce en todas las formas de salud como característica inseparable del proceso salud-enfermedad. La salud es un concepto que hace referencia a la plenitud que tienen los individuos para disfrutar plenamente de su vida, incluidos sus derechos ciudadanos, razón por la cual la protección de la salud aparece recogida de los ordenamientos constitucionales de los estados sociales y democráticos de derecho. Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud estaría definida por el estado completo de bienestar en el que se incluye el bienestar social. Esta organización, en su conferencia de Alma Ata (OMS, 1978), atribuiría la responsabilidad de la protección de la salud a los gobiernos, apostando por un concepto de salud, no individual, sino de responsabilidad colectiva. Su lema reza así “uno de los principales objetivos de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad entera en el curso de los próximos decenios debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva”. En definitiva, la salud y la enfermedad son reconocidos como estados que no solo afectan al individuo, quien tiene que responsabilizarse de su situación y sus consecuencias, sino que es responsabilidad de la colectividad. Según Parsons (1967) citado en Gil La cruz (2000) Salud y Fuentes de Apoyo Social: “De esta forma, salud y enfermedad no son condiciones o estados del individuo, sin estados que son reconocidos y valorados por la cultura y la estructura social; desde esta perspectiva la salud pasa a ser un asunto de responsabilidad social y también individual”.

En opinión de Rodríguez y De Miguel (1990), los conceptos de poder y salud están vinculados porque además la salud está vinculada a factores de posición social, capacidad económica, educación y cultura de determinados grupos sociales y, por otro lado, al hecho

de que la enfermedad y su control es una fuente de poder para que los gobiernos apliquen una determinada definición de salud y de sanidad. En las sociedades desarrolladas la definición que prevalece es la curativa, en base a diagnósticos que tratan al individuo como responsable de su enfermedad, sin tener en cuenta la importancia de la variable social y económica y sus efectos en la salud. También la salud es un instrumento de reproducción de la estructura social y el mantenimiento de determinada situación de dominación. Esta definición predominantemente curativa de la enfermedad, y de responsabilidad individual, hace que la salud sea entendida como un problema de curación, delegando su solución a una determinada profesión que adquiere de esta forma un protagonismo y poder excesivo en el sistema. La salud en las sociedades actuales es el resultado de la lucha de poder entre los diversos grupos sociales y de intereses, vinculados a los sistemas sanitarios.

Varias son las razones por las cuales la Medicina se ha desarrollado en los países avanzados siguiendo un modelo curativo más que preventivo, el modelo curativo ha sido institucionalizado inserto en el cuerpo político administrativo de los estados, como un brazo más destinado a paliar los efectos nocivos generados por el propio sistema capitalista. Por tanto la política sanitaria, como las demás políticas, es parte del estado y objeto del deseo de los gobernantes que siempre vieron en la sanidad una manera de llegar y controlar a las poblaciones. Estas burocracias públicas, con el tiempo, administrarían recursos ingentes, tengamos en cuenta que en países como Reino Unido, España, Francia, Italia, la sanidad supone cerca del 9 por ciento de su producto interior bruto. Asimismo la sanidad, especialmente, la política sanitaria termina adquiriendo sus propias lógicas en las que están presentes actores de diverso perfil como médicos, burócratas, gestores, gerentes, funcionarios, sindicatos, grupos de interés, gobiernos, expertos; todos ellos con sus propio rol en el sistema y tratando de incidir en el mismo persiguiendo su propio interés. Por esta razón, como señalan Rodríguez y De Miguel (1990), los conceptos de *salud* y *sanidad* terminan distanciándose. En efecto, la política sanitaria formalmente tiene como objetivo atacar el problema de la enfermedad desde un enfoque colectivo, no individual, poniendo al servicio de los ciudadanos establecimientos en los que se trata de curar a los enfermos, que para su tratamiento necesitan alojarse en establecimientos que están pensados no para los humanos sino para aplicar tratamientos estandarizados,

siguiendo protocolos estandarizados, en los que el paciente es un enfermo, por tanto objeto de control social y político. Especialmente el contexto hospitalario, sería el ejemplo más claro de los sistemas sanitarios, despliega una ingente cantidad de recursos que las democracias desarrolladas, a pesar de las reformas de los años ochenta, no han conseguido contener.

En definitiva el problema de mejorar el estado de salud de la población al que atienden las políticas públicas de sanidad, se plantea en un contexto de magros presupuestos públicos, poderosos actores con intereses profesionales (médicos y enfermería), políticos que encuentran en la sanidad un elemento favorable para general clientelas políticas y/o útil a sus intereses electorales; a esta constelación se suma los poderosos intereses de la industria farmacéutica, y de la tecnología y gestión de la salud. Por ello se comprende que salud y medicina aplicada en determinados contextos institucionales y sociopolíticos no mejora necesariamente el estado de salud de la población.

Por otro lado, la salud y la enfermedad, son conceptos que no están exentos de connotaciones morales, especialmente en nuestro país, que aunque han ido desapareciendo de la cultura sanitaria de los españoles, aún hay que luchar contra el estigma de la enfermedad, el enfermo casi es culpable de esa enfermedad por mantener determinados hábitos insalubres (la homosexualidad aún es considerado por muchos como una enfermedad, especialmente ciertos sectores de la Iglesia). Precisamente la Iglesia en España jugó en el pasado un importante papel en la asistencia sanitaria, gran parte de la red asistencial hospitalaria de nuestro país fue gestionada por órdenes religiosas, aún queda un residuo importante; ello en el entendido de que en los hospitales se practicaba la caridad frente a la enfermedad, con el fin de rehabilitar física y moralmente el enfermo.

En España, un ejemplo singular de desarrollo de la política sanitaria, con sus peculiaridades respecto al resto de Europa, se puede decir que tres son los procesos que nos sirven para entender la cristalización del binomio poder y salud. Por un lado, la creación de un mercado sanitario por parte del estado con los Seguros Obligatorios de Enfermedad en 1942 (modelo falangista). El creciente monopolio del estado sobre la

política sanitaria y la organización de la misma a través de servicios públicos. La pérdida de poder paulatino de la profesión médica después de la dictadura, profesión que había contado con una gran capacidad para la organización del sistema y la profesión y sus intereses. La progresiva medicalización de la sociedad, la creación de importantes complejos hospitalarios públicos, y el creciente gasto sanitario fue la consecuencia de dos fenómenos: 1) la lucha de la profesión médica organizada contra los intentos de reforma limitadores de sus intereses y capacidades, su culminación fue la caída del Ministro Ernest LLuc en el primer gobierno socialista de la democracia y la incorporación de Julián García Varga. Los socialistas tenían un modelo sanitario que trataron de plasmar en la Ley General de Sanidad, que después de muchas dificultades consiguió ser aprobada en la primavera de 1986. 2) los intereses médicos sufrirían la atomización de la profesión en varias organizaciones y su consecuente pérdida de poder; así como, la pérdida de capacidad organizativa consecuencia de la politización de la gestión sanitaria y la llegada de los gerentes llegados a las instituciones para aplicar la lógica económica financiera a la gestión de los recursos hospitalarios, en vez de la lógica médica.

La creciente medicalización de la sociedad y la creciente tecnologización de la atención sanitaria han llevado a que los sistemas sanitarios se hayan convertido en un quebradero de cabeza para los políticos, incapaces de meter en cintura el presupuesto destinado a la salud, una situación que se da en un contexto en el que las evidencias demuestran que más gasto público no mejora el estado de salud de la población. El corolario de todo esto es una situación de dependencia social del sistema sanitario que según Rodríguez y De Miguel (1990) “el sistema sanitario se ha convertido en un apagafuegos de problemas o situaciones que tienen otro tratamiento”. Esta dependencia lleva a pensar que la buena sanidad es la que hace algo; entendiendo por hacer algo, aplicar un tratamiento, independientemente de que sea más o menos eficaz, o el mejor tratamiento no sea médico. –“la atención sanitaria puede ser peor que la propia enfermedad”²³- afirman estos investigadores.

²³ Rodríguez, José A.; De Miguel, Jesús M; “Salud y Poder” Centro de Investigaciones Sociológicas Colección Monografías. Núm. 112. Monografías. Madrid. 1990.

4.2. Los poderes públicos y la sanidad

La mayor parte de las democracias desarrolladas han implementado sistemas públicos destinados a socializar los riesgos derivados de una mala o desequilibrada protección de la salud de la población. Estos sistemas públicos han adoptado fundamentalmente dos variantes, según el modo que estructura el aseguramiento, financiación y la prestación de los servicios sanitarios: una basada en las cotizaciones sociales y la existencia de mutualidades de aseguramiento como en el modelo “bismarkiano” (Alemania, Francia, Holanda), y otra variante, financiada con los impuestos generales que ingresa el estado: modelo “beveridge” (Reino Unido, España e Italia). En estos países la iniciativa privada en el mercado sanitario aparece como complementaria, los casos excepcionales son Estados Unidos y Holanda, después de sus últimas reformas.²⁴ Los servicios públicos sanitarios han demostrado mayor capacidad para organizar la sanidad, ello garantizando la universalidad en la cobertura, la equidad en el acceso y la financiación en función de la capacidad de pago del ciudadano.

La regulación y la institucionalización de la sanidad llevó a los países a desarrollar mecanismos destinados a organizar el mercado sanitario, de tal forma que el estado aparece como el asegurador y financiador principal, y ejerce su capacidad de agencia respecto a los demás actores del sistema, proveedores y profesionales sanitarios, en nombre del ciudadano. Esta estructuración se produjo siguiendo caminos distintos, en unos casos financiando directamente la Sociedades de Ayuda Mutua, en los casos de Holanda o Suiza, o bien, con la creación de una Entidad de Aseguramiento para la Salud (Francia y Alemania), o mediante la creación de Servicios Nacionales de Salud, como el caso más paradigmático del National Health Service en Reino Unido, Italia o Suecia. Estos tres modelos han supuesto formas diferentes de estructurar la sanidad. En el primer caso, aplicado por la vía de la financiación directa a las aseguradoras, un modelo denominado de reembolso, es decir, que el ciudadano visita el médico o centro asistencial

²⁴ Desde las reformas del sistema sanitario en 2006, Holanda ha orientado su sistema hacia un modelo híbrido en el que la financiación continúa siendo pública con prestación de los servicios privada. El estado asegura a todos los ciudadanos, independientemente de sus circunstancias (para evitar selección de riesgos) y son las empresas del sector las que compiten por atraerse a los “clientes” o “pacientes” que eligen centro y equipo por el que ser atendidos.

que prefiera y el estado a través de las aseguradoras le reembolsa una cantidad equivalente a un porcentaje del tratamiento. Una característica de este modelo es que no existe relación directa entre asegurador, financiador y proveedor. En el caso de modelos basados en cotizaciones, las aseguradoras contratan con los proveedores de servicios sanitarios en base a una cantidad de asegurados pago per cápita, sin relación entre las Caisse d'Assurance Maladie, caso francés, y los proveedores que son independientes y tienen una relación con los profesionales de pago por acto y no son asalariados públicos, por así decirlo. En el caso de los Servicios Nacionales de Salud (modelo integrado), las tres funciones son provistas por el servicio público, que ejercen el rol de asegurador, financiador, y proveedor de los servicios sanitarios en establecimientos públicos con profesionales vinculados estatutariamente con las instituciones sanitarias.

Estas últimas formas de estructurar la sanidad fueron criticadas en toda Europa por sus dificultades para hacer compatible eficiencia y equidad, sostenibilidad y flexibilidad en la gestión. En estos años emerge un importante debate que gira en torno a la crisis del Estado de bienestar en cuyo origen está la crisis fiscal del estado y del modelo burocrático de gestión de los servicios públicos y, en general, de un modelo de administración pública que conoció un gran desarrollo en un contexto político, económico y social muy diferente al contexto de crisis económica que obligó a poner en la agenda política “la austeridad” tan recurrente en nuestros días; Europa atravesaba una crisis económica y fiscal que (salvando las diferencias) y se parecía mucho a la situación actual. La crisis del modelo burocrático clásico en la prestación de servicios públicos también estuvo en el centro del debate reformador, a las burocracias públicas se les criticaba su incapacidad para dar respuestas adaptativas a los cambios, al tiempo que se acentuaban las críticas ciudadanas en relación a la calidad y accesibilidad del sistema sanitario, la sostenibilidad en términos financieros estaba en el centro del debate. Siguiendo a Raquel Gallego (2001), los principales problemas con que se encontraron los sistemas sanitarios europeos y de los demás países OCDE fueron:

- La existencia de un problema de inequidad en el acceso a los servicios y de distribución de niveles y recursos de salud entre los territorios y colectivos diversos, a lo que habría que sumar las largas listas de espera para servicios

diversos.

- El rápido incremento del gasto sanitario, consecuencia del alto valor de los nuevos tratamientos, las presiones sociales sobre la oferta y la demanda de servicios; sin que ello tenga un impacto directo en la mejora del estado de salud de la población.
- La preocupación por la ineficiencia de los servicios sanitarios, evidenciados en las variaciones injustificables de los costes de la actividad clínica o la falta de coordinación entre los diferentes niveles que componen el sistema (Atención Primaria, Especializada, Ambulatoria).
- La queja ciudadana sobre la calidad y atención impersonal de un servicio sanitario que adolece de un alto burocratismo (impersonalidad en el trato y cuidado al paciente).

En definitiva, se puso de manifiesto que también el Estado, como se ha visto con el Mercado, es una institución imperfecta en la organización de los servicios sanitarios y tiene sus Fallos del Estado, siguiendo a Ortún y Del Llano (1998), el estado tiene los siguientes inconvenientes:

- Un problema de incentivos (en ausencia de competencia y la imposibilidad de quiebra adormece las organizaciones).
- Dificultad de discriminación según rendimiento y mérito (los profesionales tampoco tienen incentivos para mejorar su rendimiento, ello adormece a los individuos).
- En las organizaciones burocráticas públicas se pone el énfasis en la legalidad y el procedimiento, no en los resultados y la preocupación por la eficiencia.
- Mala prevención de la arbitrariedad que niega la discrecionalidad y limita la capacidad de gestión.
- Las externalidades que se convierten en públicos intereses que realmente son privados, corporativos, políticos (desviación del poder).
- Patologías burocráticas que no pasan la cura de adelgazamiento de competir en términos de costes y resultados en el mercado competitivo.

Este diagnóstico de los fallos del estado llevó a los estudiosos y gobernantes a pensar en la necesidad de reformar el Estado y la Administración pública. La agenda de reformas estaba destinada a poner al día sus instrumentos de intervención en orden a mantener los niveles de protección y bienestar social conseguidos por las democracias avanzadas, al tiempo que se buscaba relegitimar los servicios públicos, para ello se impulsaron programas de modernización de la gestión pública. Con este objetivo, en los años ochenta y noventa la mayor parte de los países de la OCDE iniciaron reformas similares, siguiendo las premisas de la Nueva Gestión Pública²⁵ (Dunleavy, 1994; Hood, 1994; Barzelay, 2001). Un nuevo paradigma de gestión según el cual el interior de las instituciones contiene estructuras de incentivos positivos y negativos, para ello este nuevo paradigma de gestión pública proponía el rediseño de las estructuras administrativas para orientarlas al rendimiento en un intento por adaptar el sector público a las demandas de su entorno y sus clientes, los ciudadanos.

En el caso del mercado sanitario, los servicios públicos sanitarios se habían manifestado eficientes y con capacidad de articular el mercado en las funciones de aseguramiento y financiación, pero no en la función de prestación de servicios, en el que tanto el modelo bismarkiano como de servicios nacional de salud, habían presentado importantes ineficiencias por razones diferentes. En el primer caso por incapacidad de contención de costes, puesto que su capacidad de agencia respecto a los proveedores está limitada porque no puede desincentivar la demanda, en consecuencia el riesgo moral. En el caso de los Servicios Nacionales de Salud el problema era el modelo de organización y gestión burocrática de la provisión pública, y la falta de incentivos y competencia entre proveedores de servicios sanitarios.

²⁵ La Nueva Gestión Pública es un paradigma de gestión pública inspirado en el sector empresarial que consiste en incorporar mecanismos privados de gestión al sector público. En el caso de la sanidad pública este paradigma inspiró las reformas de los años ochenta y noventa emprendidas en la mayor parte de los países de la OCDE. Cuyos objetivos se centraban en la búsqueda mejorar los incentivos de los actores y la competencia entre proveedores para conseguir mayor eficiencia. Para ello se proponía la creación de mercados regulados y la introducción de contratos con proveedores. Igualmente se proponía la separación de funciones de comprador y proveedor de servicios dentro del sector público y la articulación de la relación a través de contratos de prestación de servicios entre financiador y proveedor. En las tradicionales burocracias públicas las tres funciones, comprador, asegurador y proveedor estaban integradas, caso de España, las propuestas de la NGP es la de separar estas funciones, y reconfigurar las estructuras institucionales para diferenciar roles (regulador, asegurados, financiador, prestador de servicios) lo que permitiría crear un mercado que incentivara la competencia entre los proveedores.

Esto anterior dibuja una evolución clara hacia el protagonismo de los poderes públicos en la protección de la salud de los ciudadanos.

Evolución de la intervención pública en la sanidad en España

Siglo XIX

- Se desarrolla la política de Seguridad Social para atender los riesgos de enfermedad.
- El colectivo objetivo de las políticas son los trabajadores.

Sistema:

- La red de asistencia pública conviven con la redes de Beneficencia.

Siglo XX

- El Desarrollo del Estado de Bienestar – Se desarrollan y amplían los sistemas públicos sanitarios, siguiendo modelos distintos: liberal, corporativo, o socialdemócrata, principalmente.
- Los países desarrollados incorporan la protección de la salud a su ordenamiento constitucional, los poderes públicos asumen toda la responsabilidad en la materialización de la salud que se convierte en un derecho social básico vinculado al status de ciudadano.

Siglo XXI

- La Crisis Económica de 2008 obliga a los países, especialmente del sur europeo, a realizar drásticos recortes en las prestaciones de los servicios sanitarios. Los derechos ciudadanos y de los inmigrantes comienzan a sufrir importantes restricciones; afectando especialmente a las capas sociales más desprotegidas. Los desempleados, comenzarían a ser el colectivo que demandan más servicios sanitarios relacionados con problemas de depresión, ansiedad, y otros trastornos psicológicos, que han aumentado exponencialmente como consecuencia de los efectos sociales de la crisis en los individuos y las familias.

Cuadro (5) Fuente: elaboración propia

- los sistemas públicos adquieren un gran protagonismo
- se crean servicios públicos de salud financiados y asegurados por el estado
- la sanidad entra en la lógica político ideológica

Distintos partidos vinculados al eje derecha izquierda defienden modelos distintos, más liberales y con menor protagonismo del estado en unos casos, y más estatistas y garantistas del lado del sector público en el caso de los partidos de izquierda; y otros desarrollaron un modelo mixto público privado. Fundamentados todos ellos sobre la base de un consenso amplio en torno a la idea de que la salud es un derecho de todos los ciudadanos, y es un bien a preservar por los poderes públicos que reciben este mandato

constitucional, como es el caso de España.

Por todo ello, el estado ha ganado espacio en su participación en los sistemas sanitarios en los países desarrollados. Estos sistemas se han hecho muy complejos, porque en ellos intervienen numerosos factores; está el factor económico, a medida que las coberturas se han ido ampliando esto ha supuesto una mayor presión sobre los sistemas fiscales de los países. A ello se añade el factor profesional, los grandes sistemas sanitarios se fueron convirtiendo (así fue en el caso de España y de los demás países desarrollados) en una gran fuente de empleo para los profesionales del sector (médicos, enfermeros, personal auxiliar) todos ellos con intereses muy distintos. El colofón es la consecuencia de esta asalarización de los profesionales, que hizo que la sanidad se convirtiera en objeto del deseo político: los sistemas sanitarios gestionan importantes presupuestos y es el servicio público que más empleo abarca respecto a los demás servicios en términos comparativos, y en consecuencia fáciles de ser instrumentalizados en la generación de clientelas políticas.

4.3. Ideología política y política sanitaria

Se deriva de lo anterior que existe un amplio consenso político en las democracias desarrolladas en torno a la virtud de contar con buenos sistemas sanitarios para mejorar el estado de salud de la población y el disfrute de una adecuada calidad de vida. Sin embargo, en lo que no hay consenso es en relación al papel del Estado y el Mercado en la prestación de los servicios y su gestión. El espectro ideológico en este aspecto se divide; por un lado, están los conservadores y liberales que consideran que el estado debe garantizar este derecho, pero que no tiene porqué ser el prestador único y protagonista de este servicio público; se desconfía de la burocracia pública, y se piensa que el mercado en muchos aspectos es más eficiente a la hora de prestar estos servicios. En resumen, para estos partidos la salud no depende de que el estado dedique más o menos recursos, sino de otros aspectos, genéticos, hábitos y antecedentes y contexto familiar. El estado debe tener un papel en la protección de la salud, pero no debe ser el protagonista en la prestación del servicio, para eso está el mercado que lo hace mejor. El estado debe proteger sólo a los desprotegidos (beneficencia) la salud no es un problema colectivo que

demande respuestas y soluciones colectivas sino más bien es una responsabilidad individual cuya respuesta está en el mercado. En consecuencia, el estado lo que debe es garantizar al individuo la libertad para elegir quién y dónde curarse de su enfermedad, el estado no tiene que dirigirlo de forma autoritaria, obligándolo a ser asistido en determinados centros públicos, por profesionales seleccionados y elegidos por el estado y no por el paciente.

En cambio, los partidos de izquierda, con los socialistas y comunistas a la cabeza, siempre han defendido un modelo fundamentalmente público, basado en la idea de universalidad y equidad en el acceso, financiado por el estado y de prestación pública. En esto último los partidos de izquierda han evolucionado, de hecho distintos sistemas públicos han sido reformados no en sus aspectos doctrinales e ideológicos, pero sí en los aspectos de gestión por parte de gobiernos de izquierdas, en un intento por mejorar la calidad, eficacia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos.

Por último, está la ideología de la sostenibilidad. Los conservadores y los poderes económicos auspician en los foros internacionales la ideología de que los sistemas sanitarios son una lacra para las finanzas públicas de los estados, incapaces de hacer frente a los gastos exorbitados de los mismos. La idea de la eficacia, la eficiencia, y la sostenibilidad –en contraposición a la solidaridad, equidad y cohesión- son las claves de la revolución reformista en los países europeos de los años noventa; volver más rentables y eficientes los sistemas sanitarios conectaba con la incorporación de la iniciativa privada en la gestión pública sanitaria. Esta ideología pro mercado, disfraza potentísimos intereses corporativos vinculados al sector sanitario, que se ha convertido en los años de crisis en el sector en el que las grandes empresas pueden obtener magras rentabilidades en un contexto en el que el capitalismo financiero especulativo ha sufrido duros reveses; el estado y sus servicios, se convierte en centro de interés de los grupos empresariales vinculados a esta política pública (Barcos, Aseguradoras, Farmacéuticas, Grupos de Gestión Sanitario, Constructoras, Laboratorios, Consultoras, y un largo etcétera de lobbies empresariales).

4.4. Estado y Mercado en sanidad: ¿Gestión pública o privada de la sanidad? He aquí la controversia

La política pública sanitaria es consecuencia de la institucionalización y regulación de los mercados sanitarios en las sociedades avanzadas, especialmente en Europa a partir de la segunda postguerra mundial. Es fruto de un proceso largo y costoso orientado a la socialización de los riesgos que no son asumibles por los individuos en solitario y en los que la solidaridad social ha demostrado sus beneficios. Los estados democráticos modernos hicieron de la protección social un derecho ciudadano, se responsabilizaban de su prestación, ello consecuencia del pacto social de postguerra alentado por la aspiración a dignificar la vida de las personas en las etapas de su vida en las que más desprotegidas están: en ausencia de salud. Así pues, la salud se ha convertido en las sociedades modernas tanto en un factor de dignidad y, también, un factor de progreso económico, puesto que la salud es una necesidad funcional al propio sistema productivo: cuanto mejor es el estado de salud de la población, más productiva es en términos económicos e intelectuales, y más libre son también los ciudadanos para el ejercicio de sus derechos sociales y políticos. En consecuencia, siguiendo a Ortún y Del Llano (1998), la actuación social destinada a la prevención de la enfermedad, paliarla en su caso, y promover la salud: los esfuerzos se han destinado al cambio de estilos de vida dañinos para la salud de los ciudadanos (el tabaquismo sería un buen ejemplo) y la eliminación de factores medioambientales y sociales, como la prestación de servicios sanitarios eficientes.

En base a estos objetivos, todos los estados democráticos avanzados, han desarrollado su propia política sanitaria, como parte importante de su política social. En los diferentes itinerarios político institucionales que cada país ha desarrollado, antes o después, se encontraron con el problema sobre quién debía y cómo prestar este servicio, y quién podía hacerlo mejor en términos de eficacia en el uso de los recursos y garantía de los valores fundamentales de los sistemas sanitarios: equidad y solidaridad. Por tanto, la cuestión estaba planteada: cuál debía ser el papel del *estado* y cuál el del *mercado*, partiendo de la base de que los objetivos que se pretendían eran claros: mejorar el estado de salud de la población y garantizar una atención digna y accesible para todos, no sólo para quienes se la pudieran costear.

Si dejamos de lado los aspectos preventivos de la salud, fundamentales por cierto, y nos centramos en los aspectos curativos, observamos que el recorrido de la evolución e institucionalización de la política sanitaria en los países desarrollados ha basculado en torno a este binomio Estado-Mercado. Con el tiempo, la experiencia demostraba los llamados *fallos del mercado* en la atención sanitaria; se observó que el mercado sanitario no es eficiente a la hora de asignar los recursos destinados a la protección de la salud general de un país, debido a que se trata de un mercado en el que existen importantes asimetrías de información entre usuarios y los demás actores del sistema (aseguradoras, proveedor, profesionales/ médicos).²⁶ Además, el mercado tiene tendencia a la selección de riesgos, puesto que los tratamientos de la enfermedad prolongada o crónica no son rentables desde el punto de vista económico, y genera inequidad entre colectivos sociales desfavorecidos que tienen problemas de acceso al servicio sanitario.

En efecto, según Ortún y Del Llano (1998), los servicios sanitarios son un dispositivo destinado a la preservación de la vida del usuario (paciente) o por lo menos a tratar de restablecer el estado de salud; sin embargo, esta demanda de servicios por parte de los potenciales usuarios, que somos toda la población cubierta, es por naturaleza “incierta”. Es la incertidumbre en la demanda, las asimetrías de información y las externalidades (los riesgos para la población en general de las enfermedades) la característica de los fallos de mercado en la prestación de estos servicios. En efecto, siguiendo a Guix Oliver (2011), las características sociales y económicas de la salud pública ponían de manifiesto la inadecuada cesión total de la gestión de la salud al mercado: su dimensión de bien público, unido a sus aspectos éticos y los imperativos legales, en el caso español la Constitución, dificultan esta posibilidad.

En el mercado sanitario la singularidad estriba en que la relaciones entre principal y agente son muy complejas, puesto que el ciudadano es el principal de un servicio sanitario que es el agente, que a su vez es principal respecto de una cadena amplia y compleja de

²⁶ El asegurador es una organización que se encarga de asegurar y pagar los gastos de los usuarios del servicio sanitario, y puede ser público (Ministerio de Sanidad) o privado (Mutua o compañía aseguradora). El proveedor ofrece servicios sanitarios de atención primaria o especializada. Estos proveedores también pueden ser públicos o privados. Los profesionales sanitarios y no sanitarios son los médicos, personal de enfermería, y farmacia, gerencia, administración y servicios de los centros sanitarios. Y por último, el ciudadano es el usuario, y también el financiador del sistema sanitario o bien, directamente (si es privado) o a través de impuestos o contribuciones específicas a un seguro público o privado.

proveedores que intervienen en la prestación del servicio. El asegurador es agente del ciudadano, en nombre del cual, se responsabiliza de garantizar una serie de servicios sanitarios que supervisa y controla, es de igual modo principal de los proveedores. Los profesionales sanitarios por últimos son agentes del asegurador, y agentes directos del ciudadano-paciente. Otro de los fallos del mercado sanitario está en la demanda de los servicios que son inciertos y difícilmente previsibles, al tiempo que se ve inducida por la oferta, es decir, la demanda de un determinado tratamiento, o medicamento, aumenta como consecuencia de su oferta; un ejemplo es la popular resonancia magnética, una prueba diagnóstica que hace un tiempo era poco común. Por último, están las asimetrías de información y poder existente entre médico y paciente. El médico maneja una información y prescribe unos tratamientos (productos si queremos) sobre los que el usuario “paciente” no tiene ninguna información disponible, a lo que se suma el monopolio del ejercicio profesional de los primeros.

Siguiendo con la argumentación, el mercado sanitario es imperfecto porque encierra zonas oscuras en las que es muy difícil asignar o calcular costes y beneficios además de externalidades, costes y beneficios, sobre colectivos o grupos sociales que no han participado en la producción o uso del servicio sanitario. Se trata de un mercado con grandes dificultades para evaluar resultados e impactos de actividad para calcular costes, además existe la asimetría que está relacionada con la información sobre el valor del producto o servicio. En primer lugar no hay información disponible sobre los costos de los tratamientos, y qué costo es razonable para qué tratamiento, por tanto, el usuario no tiene la información del valor de los tratamientos, y cuál sería el costo asumible por comprar en el mercado un determinado tratamiento, además de la dificultad de asignar la propiedad de un determinado tratamiento. Por último, en el caso del aseguramiento privado la dificultad de objetivar el daño (por mala praxis clínica o diagnóstica) la selección de riesgos (no interesan los pacientes con tratamientos prolongados y costosos) y el riesgo moral, consecuencia de un uso de los servicios excesivo por el mero hecho de estar asegurado.

Estos fallos del mercado sanitario han favorecido que en la mayor parte de las sociedades desarrolladas, con Europa a la cabeza, hayan implementado sistemas públicos destinados

a socializar los riesgos derivados de una mala o desequilibrada protección de la salud de la población. Estos sistemas públicos han adoptado fundamentalmente dos variantes, según el modo de estructura el aseguramiento, financiación, prestación de los servicios sanitarios, una basada en las cotizaciones sociales y la existencia de mutualidades de aseguramiento como en el caso “bismarkiano” (Alemania, Francia, Holanda) y otra variante, financiada con impuestos que genera el estado: modelo “beveridge” (Reino Unido, España e Italia). En estos países la iniciativa privada en el mercado sanitario aparece como complementaria, los casos excepcionales son Estados Unidos y Holanda, después de sus últimas reformas.²⁷ Los servicios públicos sanitarios han demostrado mayor capacidad para organizar la sanidad, ello garantizando la universalidad en la cobertura, la equidad en el acceso y la financiación en función de la capacidad de pago del ciudadano.

La regulación y la institucionalización de la sanidad llevó a los países, como se decía con anterioridad, a desarrollar mecanismos destinados a organizar el mercado sanitario, de tal forma que el estado aparece como el asegurador y financiador principal, y ejerce su capacidad de agencia respecto a los demás actores del sistema: proveedores y profesionales sanitarios, en nombre del ciudadano. Esta estructuración se produjo siguiendo caminos distintos, en unos casos financiando directamente las Sociedades de Ayuda Mutua, en los casos de Holanda o Suiza, o bien, con la creación de una Entidad de Aseguramiento para la Salud (Francia y Alemania), o mediante la creación de Servicios Nacionales de Salud, como el caso más paradigmático del National Health Service en Reino Unido, Italia o Suecia. Estos tres modelos han supuesto formas diferentes de estructurar la sanidad. En el primer caso aplicado por la vía de la financiación directa a las aseguradoras, un modelo denominado de reembolso, es decir, que el ciudadano visita al médico o centro asistencial que prefiera y el estado, a través de las aseguradoras, le reembolsa una cantidad equivalente a un porcentaje del tratamiento. Una característica de este modelo es que no existe relación directa entre asegurador, financiador y proveedor. En el caso de modelos basados en cotizaciones, las aseguradoras contratan

²⁷ Desde las reformas del sistema sanitario en 2006, Holanda ha orientado su sistema hacia un modelo híbrido en el que la financiación continúa siendo pública con prestación de los servicios privada. El estado asegura a todos los ciudadanos, independientemente de sus circunstancias (para evitar selección de riesgos) y son las empresas del sector las que compiten por atraerse a los “clientes” o “pacientes” que eligen centro y equipo por el que ser atendidos.

con los proveedores de servicios sanitarios en base a una cantidad de asegurados pago per cápita, sin relación entre las Caisse d'Assurance Maladie, caso francés, y los proveedores que son independientes y tienen una relación con los profesionales de pago por acto y no son asalariados públicos por así decirlo. En el caso de los Servicios Nacionales de Salud (modelo integrado) las tres funciones son provistas por el servicio público, que ejercen el rol de asegurador, financiador, y proveedor de los servicios sanitarios en establecimientos públicos con profesionales vinculados estatutariamente con las instituciones sanitarias.

Estas últimas formas de estructurar la sanidad fueron criticadas en toda Europa, críticas que se centraban en sus dificultades para hacer compatible eficiencia y equidad, sostenibilidad y flexibilidad en la gestión. En estos años emerge un importante debate que gira en torno a la crisis del Estado de bienestar, en cuyo origen están la crisis fiscal del estado y del modelo burocrático de gestión de los servicios públicos y en general de un modelo de administración pública, que conoció un gran desarrollo en un contexto político, económico y social muy diferente al contexto de crisis económica que obligó a poner en la agenda política “la austeridad” tan recurrente en nuestros días; Europa atravesaba una crisis económica y fiscal que (salvando las diferencias) se parecía mucho a la situación actual. La crisis del modelo burocrático clásico en la prestación de servicios públicos también estuvo en el centro del debate reformador, a las burocracias públicas se les criticaba su incapacidad con carácter general para dar respuesta adaptativas a los cambios, al tiempo que se acentuaban las críticas ciudadanas en relación a la calidad y accesibilidad del sistema sanitario, la sostenibilidad en términos financieros estaba en el centro del debate. Siguiendo a Raquel Gallego (2001) los principales problemas con que se encontraron los sistemas sanitarios europeos y de los demás países OCDE fueron:

- La existencia de un problema de inequidad en el acceso a los servicios y de distribución de niveles y recursos de salud entre los territorios y colectivos diversos, a lo que habría que sumar las largas listas de espera para servicios diversos.
- El rápido incremento del gasto sanitario, consecuencia del alto valor de los nuevos tratamientos, las presiones sociales sobre la oferta y la demanda de servicios. Sin que ello tenga un impacto directo en la mejora del estado de

salud de la población.

- La preocupación por la ineficiencia de los servicios sanitarios, evidenciados en las variaciones injustificables de los costes de la actividad clínica o la falta de coordinación entre los diferentes niveles que componen el sistema (Atención Primaria, Especializada, Ambulatoria).
- La queja ciudadana sobre la calidad y atención impersonal de un servicio sanitario que adolece de un alto burocratismo (impersonalidad en el trato y cuidado al paciente).

En definitiva, se puso de manifiesto que también el Estado, como se ha visto con el Mercado, es una institución imperfecta en la organización de los servicios sanitarios, y tiene sus Fallos del Estado, siguiendo a Ortún y Del Llano (1998) el estado tiene los siguientes inconvenientes:

- Un problema de incentivos (en ausencia de competencia y la imposibilidad de quiebra adormece las organizaciones).
- Dificultad de discriminación según rendimiento y mérito (los profesionales tampoco tienen incentivos para mejorar su rendimiento, ello adormece a los individuos).
- En las organizaciones burocráticas públicas se pone el énfasis en la legalidad y el procedimiento, no en los resultados y la preocupación por la eficiencia.
- Mala prevención de la arbitrariedad que niega la discrecionalidad y limita la capacidad de gestión.
- Las externalidades que se convierten en públicos intereses que realmente son privados, corporativos, políticos (desviación del poder).
- Patologías burocráticas que no pasan la cura de adelgazamiento de competir en términos de costes y resultados en el mercado competitivo.

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN EL MERCADO SANITARIO

Justificación de la intervención pública y las limitaciones de ambos modelos en la organización
del servicio sanitario

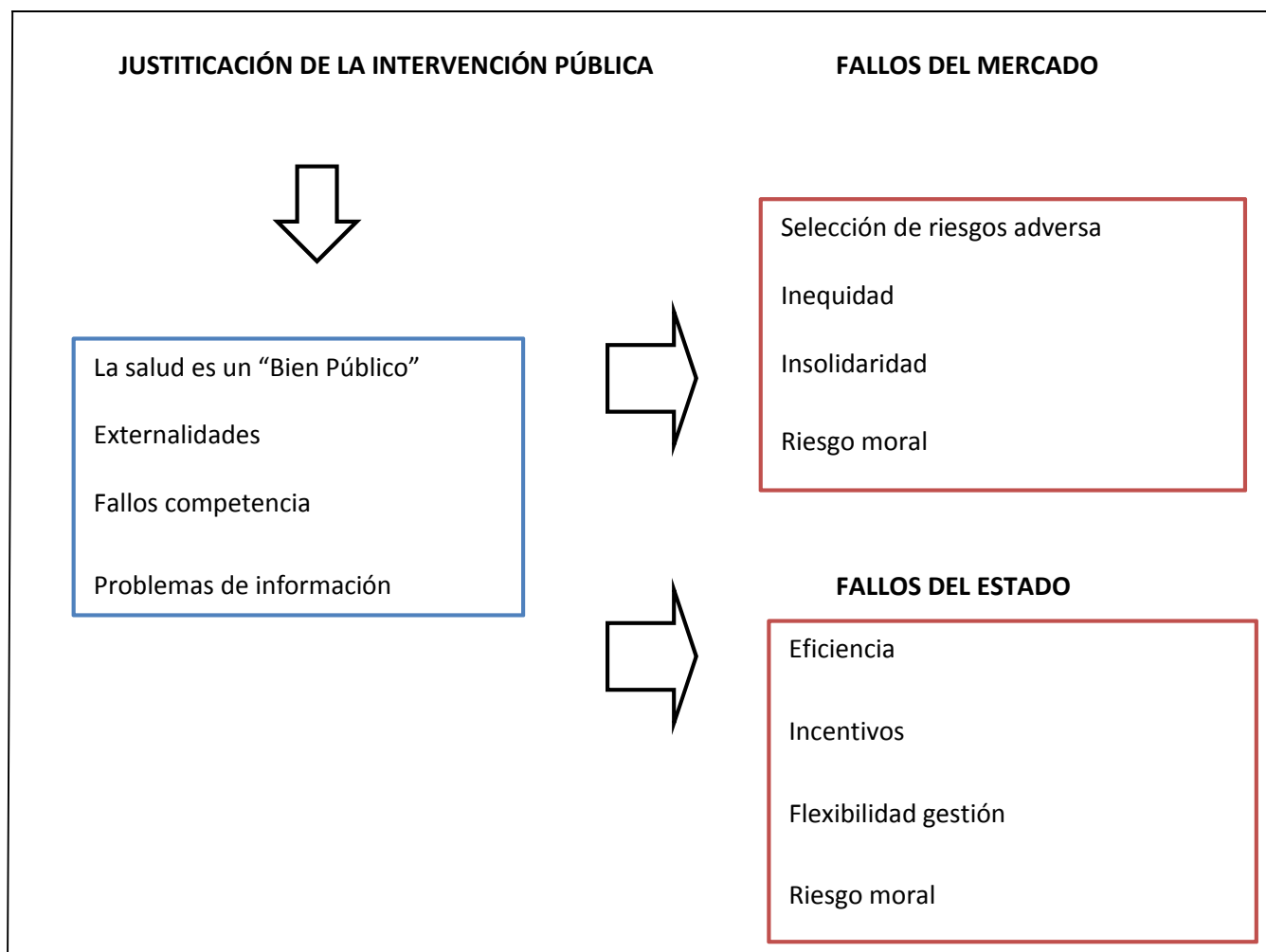


Gráfico (5) Fuente: Elaboración propia, en base a Ortún y Del Llano (1998) "Estado y Mercado en Sanidad" UPF.

Este diagnóstico de los fallos del estado llevó a los estudiosos y gobernantes a pensar en la necesidad de reformar el Estado y la Administración pública. La agenda de reformas estaba destinada a poner al día sus instrumentos de intervención en orden a mantener los niveles de protección y bienestar social conseguidos por las democracias avanzadas, al tiempo que se buscaba relegitimar los servicios públicos, para ello se impulsaron programas de modernización de la gestión pública. Con este objetivo, en los años ochenta

y noventa la mayor parte de los países de la OCDE iniciaron reformas similares, siguiendo las premisas de la Nueva Gestión Pública²⁸ (Dunleavy, 1994; Hood, 1994; Barzelay, 2001). Un nuevo paradigma de gestión según el cual el interior de las instituciones contiene estructuras de incentivos positivos y negativos, para ello este nuevo paradigma de gestión pública proponía el rediseño de las estructuras administrativas para orientarlas al rendimiento en un intento por adaptar el sector público a las demandas de su entorno y sus clientes, los ciudadanos.

En el caso del mercado sanitario, los servicios públicos sanitarios se habían manifestado eficientes y con capacidad de articular el mercado en las funciones de aseguramiento y financiación, pero no en la función de prestación de servicios, en el que tanto el modelo bismarkiano como de servicios nacional de salud habían presentado importantes ineficiencias por razones diferentes. En el primer caso por incapacidad de contención de costes, puesto que su capacidad de agencia respecto a los proveedores está limitada, porque no puede desincentivar la demanda, en consecuencia el riesgo moral. En el caso de los Servicios Nacionales de Salud el problema era el modelo de organización y gestión burocrática de la provisión pública, y la falta de incentivos y competencia entre proveedores de servicios sanitarios.

En este contexto, las reformas en el sector de la sanidad pública se centraron en la preocupación fundamental por estas fechas: controlar el coste sanitario e impulsar medidas de reorganización interna para incentivar la eficiencia en la gestión pública sanitaria. Con este fin se impulsaron propuestas muy diversas, entre ellas la introducción de algunos mecanismos de liberalización del sistema y la creación de los mercados

²⁸ La Nueva Gestión Pública es un paradigma de gestión pública inspirado en el sector empresarial que consiste en incorporar mecanismos privados de gestión al sector público. En el caso de la sanidad pública este paradigma inspiró las reformas de los años ochenta y noventa emprendidas en la mayor parte de los países de la OCDE. Cuyos objetivos se centraban en la búsqueda mejorar los incentivos de los actores y la competencia entre proveedores para conseguir mayor eficiencia. Para ello se proponía la creación de mercados regulados y la introducción de contratos con proveedores. Igualmente se proponía la separación de funciones de comprador y proveedor de servicios dentro del sector público y la articulación de la relación a través de contratos de prestación de servicios entre financiador y proveedor. En las tradicionales burocracias públicas las tres funciones, comprador, asegurador y proveedor estaban integradas, caso de España, las propuestas de la NGP es la de separar estas funciones, y reconfigurar las estructuras institucionales para diferenciar roles (regulador, asegurados, financiador, prestador de servicios) lo que permitiría crear un mercado que incentivara la competencia entre los proveedores.

internos (*quasi markets*)²⁹. Esto consiste en la creación de un mercado donde no existía antes (por ser monopolios), en el que distintos proveedores de servicios compiten por un presupuesto o un contrato; la vinculación de los proveedores públicos y privados con el principal es por la vía del contrato programa, mecanismo de articulación de la relación entre principal (administración) y los agentes (proveedores). El contrato sirve para hacer explícita esta relación y formular los compromisos y objetivos pactados de obligado cumplimiento para las partes, especialmente de los proveedores. Después de una larga experiencia en parte de los países europeos, especialmente en Reino Unido, hay evidencias suficientes de que este mecanismo de creación ficticia de un mercado no ha funcionado, lo que ha ocurrido es que los *quasi markets* han evolucionado hacia la estructuración de la relación entre actores; en España Cataluña sería un ejemplo de lo que se ha dado en llamar *mercados relacionales*. Estos mercados se caracterizan, siguiendo a Raquel Gallego (2002), por un modelo de relación basada en la cooperación entre, financiadores y proveedores, actores que manejan recursos imprescindibles para el sistema; relaciones basadas en el largo plazo y la confianza en su colaboración. Un hecho que muestra que las reformas de la nueva gestión pública, en su implementación, han derivado en fórmulas en la que los actores han llevado el agua a su molino, y han desarrollado una experiencia de “aprendizaje de política” según la cual es mucho más beneficioso, en un mercado como el sanitario, la cooperación y el desarrollo de relaciones de confianza entre actores que garantizan los insumos necesarios para la prestación del servicio, que no la competencia entre proveedores.

El problema se plantea entonces en la dosis acertada de mercado, de competencia, en unos mercados sanitarios como el español con un problema importante a la hora de implantarse en las Comunidades Autónomas, y es que estas no tienen el tamaño suficiente para estas experiencias, o para que estas experiencias puedan resultar exitosas. Además, en estos mercados se da una colusión de hecho, los mercados funcionan por diferenciación de productos o servicios base de la competencia, esto en sanidad es complicado, y puede

²⁹ Este concepto hace referencia al desarrollo en el sector público sanitario de un espacio que se asemeje a un mercado en el que es posible la competencia entre los distintos actores que intervienen en la prestación del servicio público, en el entendido de que esta fórmula permite generar incentivos y mejorar la eficacia y la eficiencia en la asignación de los recursos. El principio de funcionamiento de este sistema es la competencia entre productores de servicios de salud, es decir, los prestadores de servicios sanitarios públicos y privados compiten por el presupuesto público y, otra parte, del sistema asume la función de compradora de servicios a los más eficaces dentro de este mercado regulado.

llevar a una oferta de diferenciación de servicios por la vía del *marketing sanitario*³⁰, es decir, diferenciarse en el mercado por la vía de ofertar confort hospitalario, tecnología punta, para captar al cliente que generalmente no será el paciente sino su familia.³¹

Hoy día, en España y los países de nuestro entorno, en las democracias desarrolladas podríamos decir que el debate continúa presente, y más aún en un contexto de crisis prolongada como la que estamos atravesando, en la que el ajuste del Estado de Bienestar, y las políticas de austeridad, han puesto de nuevo en la agenda pública el problema de la sostenibilidad de los sistemas de salud. En este contexto, el mercado aparece como la institución llamada a jugar un papel que descargue o alivie al estado de las tensiones financieras. En base a ello, vuelve de nuevo la idea (que viene de los años noventa del pasado siglo) de la “separación de funciones” de financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios. Sin poner en tela de juicio, excepto EE UU y Holanda, que el financiador y asegurador tiene que continuar siendo el estado, pudiéndose introducir cierto grado de competencia en la provisión de los servicios entre proveedores públicos y privados. En nuestro país la producción de servicios sanitarios es fundamentalmente de producción pública, donde la fórmula más extendida es la gestión directa de los servicios sanitarios, con poca participación privada, según qué Comunidades Autónomas; tenemos casos en la que esta es elevada Cataluña, y otros, la gran mayoría, en los que es prácticamente inexistente, Extremadura por ejemplo. Esto último aconseja, según el consenso entre los expertos en impulsar la separación de funciones de financiación y provisión. A este respecto, Navarro (1995) expresa: “Cuando un historiador escriba la historia del Estado de Bienestar en los países avanzados de finales del siglo XX, va a escribir sin ningún género de dudas, que una de las intervenciones de políticas públicas más debatidas en ese periodo ha sido la separación de la función de financiación y la

³⁰ El concepto *marketing sanitario* se utiliza en este trabajo para ilustrar el hecho de que la oferta de servicios en estos hipotéticos mercados pueden tratar de diferenciarse por la vía de la incorporación de estrategias de venta del producto “servicio sanitario” con etiquetas propias del mercado de productos, y lo que se oferta no es tanto un buen diagnóstico, y curación, tanto como habitaciones con una sola cama, aire acondicionado, plasma, que convierten a los centros sanitarios en hoteles de la salud. En este afán puede ofertarse tecnología puntera aplicada a los tratamientos, restringidas en el sector público, en un escenario de asimetría de información, el paciente puede elegir en función de estos elementos que le aportan seguridad. El resultado puede ser contrario al esperado, una sobreoferta de tecnología costosa que redunde en los precios de los tratamientos, en definitiva para el estado.

³¹ En este sentido Ortún y Del Llano, expresan “sin una medida del producto real de los servicios sanitarios (calidad de vida relacionada con salud), la eventual competencia en Sanidad se centra en incorporar los últimos equipos e instalaciones”- Estado y Mercado en Sanidad.UPF.

provisión de servicios, bien sean educativos, sanidad, servicios sociales, vivienda, y un largo etcétera”- y continúa, -“en Europa el país en el que estas reformas han sido más extensas ha sido Gran Bretaña, en donde los gobiernos Thatcher entre 1988 y 1989 introdujeron una serie de reformas radicales que rompieron con la responsabilidad única de financiación y provisión de servicios”. Las experiencias en este campo, tanto en España (Cataluña y Madrid) como en el extranjero, no son nuevas, y tampoco son privativas de los partidos conservadores o liberales, también los partidos socialdemócratas las impulsaron en Suecia.³² Sin embargo, el debate continúa, según Guix Oliver (2011) la gestión directa de los centros sanitarios ha demostrado ineficiencias importantes, poca efectividad. La incorporación de medidas orientadas a la flexibilización puede mejorar la organización y gestión sanitaria, pero no se puede trasladar al mercado la autoridad sanitaria ni la titularidad del dispositivo asistencial, por motivos éticos y legales.

El centro del debate estado mercado en sanidad, y las propuestas de solución por la vía de la separación de funciones que lo haga posible, se fundamenta obviamente en la reducción de costes para el sector público; especialmente en un contexto de crisis y ajuste fiscal radical, y la búsqueda de la eficiencia. Sin embargo, un repaso por los datos de gasto en salud en los países que ha llevado a cabo reformas de provisión privada Estados Unidos y Holanda, tras las reformas, muestran lo siguiente:

³² A este respecto Navarro, V (1998) “expresa “- El debate sobre la separación entre funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España” Gaceta Sanitaria. Vol. 09 Núm. 48

PORCENTAJE DE GASTO TOTAL EN SANIDAD EN RELACIÓN AL PIB

Muestra de países OCDE

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Francia	11,0	11,0	11,9	11,0	11,7	11,7	11,6	---
Alemania	11,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3	---
Italia	8,7	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Reino Unido	8,3	8,4	8,5	9,0	9,9	9,6	9,4	---
España	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3	---
Dinamarca	9,8	9,9	10	10,2	10,5	11,1	---	---
Canadá	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2	11,2
Estados Unidos	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,7	17,7	---

Tabla (2) Fuente: Elaboración propia, a partir de Health Key Tables from OCDE 2013

En términos comparativos los países con sistemas en los que tanto la provisión como el aseguramiento son privados, el máximo exponente es Estados Unidos, también podemos ver Holanda, gastan mucho más en sanidad que el resto; en el caso americano además deja fuera a una población total que supera los cuarenta millones de habitantes, es decir tiene problemas importantes de inequidad y accesibilidad del sistema, sin embargo el porcentaje de gasto total dedicado a salud supera ampliamente a países con modelos en los que el sector público provee el aseguramiento y la provisión. En efecto, se observa cómo en los sistemas continentales (Alemania y Francia) en los que la provisión privada tiene una importancia relativa, en la atención primaria, caso francés, y especializada hospitalaria, caso alemán, supuestamente más eficientes en la gestión y la asignación de los recursos puesto que la provisión está abierta al mercado y la competencia, los datos de gasto también siguen siendo superiores a los modelos integrados; Reino Unido, España, Italia, en el gráfico.

4.5. Ideas y creencias del paradigma reformista respecto a la gestión sanitaria

4.5.1. A nivel internacional

La reforma del sector público en general, también de los sistemas sanitarios, es uno de los temas que se sitúan en el centro del debate político y académico a lo largo de los años en toda Europa. Un debate que gira en torno a la crisis del Estado de bienestar, en cuyo origen están la crisis fiscal del estado y del modelo burocrático de gestión de las políticas de un estado que había conocido un gran desarrollo en un contexto político, económico y social muy diferente al contexto de crisis económica que obligó a poner en la agenda políticas de austeridad. La crisis del modelo burocrático clásico en la prestación de servicios públicos también estuvo en el centro del debate reformador, a las burocracias públicas se les criticaba su incapacidad para conjugar equidad y eficiencia, al tiempo que se acentuaban las críticas ciudadanas en relación a la calidad y accesibilidad del sistema sanitario. Siguiendo a Raquel Gallego, los principales problemas con que se encontraron los sistemas sanitarios europeos y de los demás países OCDE fueron:

- Un problema de inequidad en el acceso a los servicios y de distribución de niveles y recursos de salud entre los territorios y colectivos diversos, a lo que habría que sumar las largas listas de espera para servicios diversos.
- El rápido incremento del gasto sanitario, consecuencia del alto valor de los nuevos tratamientos, como de fuertes presiones sociales sobre la oferta y la demanda de servicios. Sin que ello tenga un impacto directo en la mejora del estado de salud de la población.
- La preocupación por la ineficiencia de los servicios de sanitarios, evidenciados en las variaciones injustificables de los costes de la actividad clínica o la falta de coordinación entre los diferentes niveles que componen el sistema (Atención Primaria, Especializada, Ambulatoria, etc.).
- La queja ciudadana sobre la calidad y atención impersonal de un servicio sanitario que adolece de un alto burocratismo (impersonalidad en el trato y cuidado al paciente).

Estas críticas animaron a los gobernantes a pensar en la necesidad de reformar el Estado y la Administración pública, tratando de poner al día sus instrumentos de intervención en orden a mantener los niveles de protección y bienestar social conseguidos por las democracias avanzadas, al tiempo que se buscaba relegitimar los servicios públicos, para ello se impulsaron programas de modernización de la gestión pública. Con este objetivo, en los años ochenta y noventa la mayor parte de los países de la OCDE iniciaron reformas similares, siguiendo las premisas de la Nueva Gestión Pública (Dunleavy, 1994; Hood, 1994; Barzelay, 2001). Un nuevo paradigma de gestión según el cual el interior de las instituciones contiene estructuras de incentivos positivos y negativos, para ello este nuevo paradigma de gestión pública proponía el rediseño de las estructuras administrativas orientadas al rendimiento en un intento por adaptar el sector público a las demandas de su entorno y sus clientes, los ciudadanos. En el caso del sector de la sanidad pública la preocupación fundamental estaba en controlar el coste sanitario e impulsar medidas de reorganización interna para incentivar la eficiencia en la gestión pública sanitaria. Con este fin se impulsaron propuestas muy diversas, entre ellas la introducción de mecanismos de liberalización del sistema y la creación de los mercados internos (*quasi markets*).

En nuestro país, Cataluña sería la primera Comunidad Autónoma que recibe las transferencias en materia sanitaria en el año 1981 y es, igualmente, la primera que en España pone en marcha este modelo de reformas innovadoras en la gestión pública; justamente coincidiendo con el cambio de paradigma a nivel internacional. Lo que en principio hace suponer que en este caso fue esta región española, después el resto de Comunidades Autónomas, la puerta de entrada de este nuevo paradigma en materia de gestión sanitaria pública.

Hay que recordar que las primeras reformas de las políticas de bienestar y, específicamente, de los sistemas de salud de las democracias desarrolladas de nuestro entorno se inician a partir de la crisis fiscal de los años setenta. En un contexto de crisis económica -choque petrolero- que favoreció la emergencia del debate sobre la crisis del Estado de bienestar, con la consiguiente puesta en cuestión del lugar del estado en la sociedad y en la economía. En este contexto de crisis, el paradigma keynesiano fundamentado en el papel preponderante de la intervención del estado en la economía,

comenzó a perder peso y cedió su lugar al paradigma neoliberal, defensor de una retirada del estado en favor del mercado, en adelante considerado como el agente regulador más eficaz³³. Este paradigma contiene una lógica basada en la racionalidad económica que se orienta hacia el objetivo de la eficacia y eficiencia. Una racionalidad que se abrió paso en este contexto de escasez, ajustes presupuestarios y límites al crecimiento del Estado de bienestar.

Este cambio de paradigma llegó acompañado de toda una oleada de proyectos de reforma y modernización del Estado y de las Administraciones públicas en los años noventa. Las críticas a la burocracia se centraron en su ineficacia, el despilfarro y la corrupción, contribuyendo a legitimar estas políticas de ajuste y desregulación, que se hicieron notar muy especialmente en las políticas de bienestar, incluida la sanidad pública.

En este contexto, gran parte de países europeos pusieron en marcha medidas de reforma de los sistemas sanitarios, en esta primera ocasión las reformas sólo tocarían una parte del mismo, los cambios se centraron en los aspectos presupuestarios o de fórmulas de financiación, sin que por el momento, tuvieran un impacto directo sobre el sistema en su conjunto. Esta circunstancia tendría lugar con las reformas de los noventa, cuando los principales países europeos iniciaron reformas de los sistemas de salud pública buscando introducir cambios de más alcance, afectando al sistema completo, reformas que serían consecuencia del triunfo del paradigma neoliberal, y un mayor protagonismo en la agenda gubernamental de los temas relacionados con el crecimiento del gasto sanitario, y en menor medida, la insatisfacción ciudadana con la calidad del servicio especialmente las listas de espera.

Los principios que presidieron estas reformas fueron la introducción de mecanismos de liberalización en el sistema público de salud, con la creación del mercado interno o mercado regulado, el impulso de la competencia entre los diferentes actores del sistema

³³ Las teorías neoliberales nacen al calor de los Think tanks norteamericanos que promocionan la idea de que es el estado el principal responsable de la crisis del *Welfare state*. Estas teorías alcanzaría su cenit con los gobiernos de Reagan, presidente que representó a una élite tecnocrática que se aglutinó bajo la bandera que hizo del *Rolling back the State* su principal misión. Por tanto había que aplicar una política de adelgazamiento del estado, y devolver al mercado aquello para lo que había demostrado su eficiencia, según los postulados neoliberales.

tanto en la provisión como en la oferta de servicios sanitarios y la puesta en marcha de instrumentos de evaluación del rendimiento y acreditación de la calidad.

Gran Bretaña fue el país en el que con más determinación se puso en marcha esta política de liberalización y privatización del sistema público sanitario, el *National Health Service* (NHS), en un contexto político-ideológico marcadamente neoliberal; coincidiendo con la llegada al poder de Margaret Thatcher, la cual estaba muy influenciada ideológicamente por los Think Tanks neoliberales y por la corriente americana liderada por los economistas de la salud. Alan Enthoven fue el autor de un informe sobre las disfunciones del servicio británico de salud, en el que proponía un nuevo programa de reforma basado en la gestión por competencias (*manager competence*). Por su parte, la reforma Griffiths (1989), implantada en el servicio británico de salud, se caracterizó por la introducción generalizada de mecanismos de competencia regulada, *quasi markets*: una innovación que consiste en que una parte del sistema son compradores de servicios sanitarios para los pacientes y hospitales; y, otra, prestadores de servicios.

El principio de funcionamiento de este sistema es la competencia entre productores de servicios de salud, es decir, los prestadores de servicios sanitarios públicos y privados compiten por el presupuesto público, llevándose la mayor parte del pastel aquellos centros mejor posicionados en el ranking de centros y hospitales -establecido según criterios de calidad- para que sirva de referencia a los clientes o pacientes, todo ello sin perjuicio de que se mantenga el financiamiento público y el acceso universal.

En el caso de Alemania, la reforma Seehofer (1992), pone en marcha la competencia entre las cajas públicas y aseguradoras privadas. Introducen mecanismos de encuadramiento presupuestario y nuevas reglas en el campo de la negociación colectiva entre financiadores y productores de servicios de salud. Estas reformas se ejecutan en un marco de fuertes restricciones presupuestarias debidas a los costos de la reunificación y la presión de las instancias comunitarias sobre el cumplimiento de los objetivos del Pacto de Estabilidad, la Moneda Única y los criterios de convergencia económica aprobados en el Tratado de Maastricht.

En Francia, por citar un último ejemplo, el Plan Juppé de 1996 introdujo mecanismos destinados a la liberalización del sistema, tratando de modificar las relaciones del estado y cajas aseguradoras de salud. La novedad es la intervención del Parlamento en aquello que concierne a la aprobación del presupuesto público destinado a la sanidad pública. Además se experimentan instrumentos de medición del rendimiento y de la calidad del sistema, finalidad con la que se creó la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de la Sanidad, y se desarrolló la descentralización hacia los gobiernos regionales, en adelante responsables de la gestión sanitaria, para servir a este objetivo se crearon las Agencias Regionales de Hospitalización.

En este último caso, paradójicamente, y al contrario de los ejemplos anteriores, la liberalización tuvo un efecto estatizador cuyo objetivo fue dotar a los poderes públicos de mayor margen de maniobra para encarar las reformas que habían fracasado con anterioridad, precisamente por la fuertes resistencias de los actores responsables en este país de la gestión del sistema, las Caisses d'Assurance Maladie (Mutualidades de Seguro de Enfermedad).

Como hemos visto, se observa una tendencia generalizada en toda Europa hacia las reformas de los sistemas sanitarios públicos, con un marcado objetivo de control financiero del gasto sanitario. En este sentido, algunos estudiosos han visto en este proceso una dinámica de europeización y convergencia de los sistemas de salud, dichos expertos concluyen que a partir de estas reformas, los cambios y transformaciones producidos -a pesar de las diferencias intrínsecas en cada país- marcan una orientación hacia la convergencia, resultante de una dinámica que se da por vía indirecta más que como resultado de las políticas comunitarias dirigidas a este objetivo.

Hay que decir que esta tendencia generalizada de reformas de los sistemas públicos de salud se han visto reforzadas cuando no incitadas por las recomendaciones que emanan de organismos internacionales: OCDE, Organización Mundial de la Salud (OMS) o la propia Unión Europea; en cuyos informes recomendaban y recomiendan recetas reformadoras de los sistemas para alcanzar el objetivo de eficacia, eficiencia y control de gasto sanitario. Asimismo proponen la liberalización, la puesta en marcha de mecanismos

de competencia regulada y la adopción de mecanismos de evaluación y acreditación (Patrick Hassenteufel, 2000).

A partir de todos estos cambios un modelo aparece hegemónico en lo que debe ser el gobierno de la sanidad pública, basado en los principios siguientes: libertad de elección del paciente, la competencia entre proveedores sanitarios públicos y privados, la difusión de mecanismos de evaluación de resultados, la satisfacción del paciente.

Se trata de una lógica en la que las instituciones de salud son orientadas a adoptar modelos de gestión flexible importados de la gestión privada; los hospitales son incitados a transformarse en empresas de salud y gestionados bajo los principios de la empresa privada, de tal modo que los gerentes de la empresa llegan a la gestión sanitaria aplicando los mismos principios de productividad, eficacia y eficiencia.

En coherencia con la innovación que supone la gestión de la calidad en los servicios sanitarios, se experimentan instrumentos de evaluación, medición y acreditación de la calidad, el paciente pasa a ser, según este nuevo modelo, el centro del sistema y su satisfacción el objetivo principal de sus esfuerzos para lo cual se articulan mecanismos de participación tanto en la toma de decisiones, como en la gestión del sistema; la figura del Defensor del Paciente es un ejemplo de ello.

Todas las reformas mencionadas tienen una serie de rasgos comunes orientados a lo se puede llamar la redefinición de las formas de gobernanza del sistema. Estos elementos son: 1) la puesta en práctica de nuevo equilibrios en las responsabilidades y funciones entre los diferentes niveles de gobierno del sistema (consecuencia de una tendencia a la descentralización), 2) se busca el reforzamiento de la capacidad reguladora del Estado, para iniciar procesos de cesión de las responsabilidades en la gestión directa y en la financiación del sistema público sanitario, 3) se introducen mecanismos de gestión privada, denominados de Nueva Gestión Pública (NGP): introducción de los “mercados regulados”, la externalización de servicios en la gestión sanitaria y el establecimiento de

modelos de organización y gestión flexible.³⁴

4.5.2. A nivel nacional

En España la Comunidad Autónoma de Cataluña recibió las transferencias en materia sanitaria de la Administración Central en 1981. Como se ha indicado fue la primera en recibir los traspasos, pero pasaría una década hasta que el parlamento catalán aprobara una ley de desarrollo y organización de los recursos sanitarios y asistenciales transferidos. La ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) fue aprobada en 1990. Esta Comunidad Autónoma, una vez recibidas las competencias en materia sanitaria, puso en marcha este modelo de reforma en el periodo comprendido entre 1990 y 1995, escasamente unos meses después que en Europa se estaban experimentando reformas de Nueva Gestión Pública que también tocaron al ámbito sanitario, unas reformas que estaban centradas principalmente en la liberalización de los sistemas, la introducción de mecanismos de competencia a través de la creación de mercados regulados. El objetivo fundamental era el control de gasto sanitario.

Cataluña pone en marcha un modelo muy similar, como se puede ver a partir de los principios de organización y gestión de la sanidad que se recogen en la citada ley. Así, podemos comprobar que se diseña el siguiente modelo que ya está expresado en el preámbulo de la ley 15/1990, de julio:

“Uno de los aspectos más novedosos de la presente Ley, que la diferencia notablemente de las leyes de creación de los servicios de salud de otras comunidades autónomas, está en la diversidad de fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida que el Servicio Catalán de la Salud puede emplear a los efectos de la gestión y administración de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público. De este modo, se pretende avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial, adecuados al carácter prestacional de la administración sanitaria, no obstante su naturaleza pública.”

“la Ley consolida, mediante la institucionalización por la Ley de la red hospitalaria de utilización pública, un sistema sanitario mixto, basado en el aprovechamiento de todos

³⁴ Moreno Fuentes, Francisco Javier “Del sistema Sanitario de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud” cap. IV. En Reformas de las Políticas del Bienestar en España. Ed. Luis Moreno Fernández. Siglo XXI. Madrid. 2009.

los recursos, sean públicos o privados, con el objeto de alcanzar una óptima ordenación hospitalaria que permita la adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, siguiendo así la tendencia general de los países desarrollados“.

Como explica Ana Rico (1998) bajo la influencia de las primeras regiones que asumen las transferencias, se va produciendo una rápida extensión de este paradigma por otras partes del territorio español. Un efecto de difusión del modelo de reforma fue influyendo en los procesos de reformas de aquellas Comunidades Autónomas que asumían, con posterioridad, las competencias sanitarias. En esta labor de difusión y generalización de este modelo de gestión sanitaria tuvieron un papel destacado los expertos, profesionales del sector y los técnicos de las administraciones autonómicas.

Como se ha visto en el caso catalán, se aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña casi una década después de la recepción de las transferencias, y comenzó la liberalización y la introducción de los principios de creación de mercado interno y competencia entre sector público y privado; siguiendo el modelo de referencia difundido por los principales organismos internacionales y que orientaban las reformas de los principales países europeos. En opinión de algunos autores, P. Hassenteufel 2000: -“la reforma implantada en el caso catalán se acompaña de una cierta privatización, lo que se explica por el tradicional peso del sector privado sanitario en esta región española” y, continúa: “los portadores del paradigma reformista fueron los expertos de la salud -especialmente los economistas de la salud- muy introducidos en la elite política dirigente y con un acceso directo al proceso de toma de decisiones en el momento del diseño del proyecto de ley de reforma”. Precisamente, el modelo catalán, sería considerado, por el gobierno socialista, como ejemplo a seguir para el resto de las Comunidades Autónomas, que dependían todavía de la administración central. Este modelo con el tiempo se impondría como modelo de referencia, incluso las comunidades gobernadas por el Partido Socialista, como Andalucía, pusieron en práctica medidas tendentes a la reforma de sus respectivos sistemas sanitarios; sobretodo, en lo referente a la flexibilización de la organización y la aplicación de otras fórmulas alternativas de gestión: la subcontratación de diferentes servicios en los hospitales públicos, la externalización de los servicios de urgencia, o la creación de un hospital con capital mixto, público y privado.

CAPITULO IV: LOS ELEMENTOS ESTABLES DEL SISTEMA CONDICIONANTES DE LA POLÍTICA SANITARIA EN EL PERIODO 2001-2013 EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

5.1. ATRIBUTOS BÁSICOS DEL OBJETO DE LA POLÍTICA Y DEL ÁREA DEL PROBLEMA

5.1.1. El Ser Humano y la Salud

La salud es la ausencia de enfermedad, según la definición de salud más generalizada. Para la OMS “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades”.³⁵ En los tiempos modernos y en las sociedades desarrolladas, el concepto de salud tiene un contenido más amplio. Se entiende que sin salud no solo se padece y sufre las consecuencias de la enfermedad, sino que, además, esto supone para el ser humano un condicionante para disfrutar de la plenitud de la vida; la enfermedad resta autonomía, capacidades y posibilidades para insertarse en el mercado laboral y en la sociedad. Según Rodríguez y De Miguel (1990) “la salud ya no es la mera ausencia de enfermedad, sino algo positivo que permite al individuo la recuperación de su autonomía, responsabilidad, y el control sobre el propio cuerpo”. Por estas razones, especialmente por la vinculación entre salud y su relación con la fuerza de trabajo en la primeras etapas del desarrollo industrial, y las capacidades del ejercicio de los derechos políticos y ciudadanos, después, los estados avanzados han desarrollado políticas de protección de la salud que hiciera compatible ambos ejercicios; además de la autonomía, el disfrute y la libertad de movimientos, propios de las sociedades pos materialistas, obsesionadas con “lo saludable”. Los estados del bienestar, principalmente en Europa, han incorporado la política sanitaria en sus estructuras, dotándolas de cada vez más y más recursos. Dado que el modelo desarrollado, España sería un ejemplo, basculó prácticamente hacia la “curación” de las enfermedades una vez que estas se manifestaban, más que hacia los aspectos sociológicos de la enfermedad. Un concepto que correlaciona positivamente con el concepto de pobreza y desigualdad social

³⁵ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la conferencia internacional sanitaria celebrada en New York en 1946. Esta organización internacional aún mantiene esta definición para el concepto salud.

5.2. Estado de Bienestar y la política de protección de la salud en España

El Estado de Bienestar es fruto de la evolución política y social de los estados desarrollados consecuencia de determinadas rupturas que se producen especialmente a partir del último tercio del siglo XIX. Rupturas vinculadas con la industrialización y la urbanización, y la democratización de la sociedad que llevó a que el estado tuviera cada vez más protagonismo en la vida social; desplegando medidas destinadas a la protección de los estratos sociales más débiles, por un lado, y a la población en general en situaciones de riesgo de enfermedad, invalidez, o vejez. Así, el estado pasó a proveer además de bienes públicos tradicionales (Justicia, Seguridad y Defensa) también bienes públicos preferentes (educación, pensiones, sanidad, empleo y vivienda).

El Estado de Bienestar tendría sus orígenes en la Alemania de Bismarck en 1883. Este canciller implantó los seguros sociales obligatorios; sin embargo, como afirma Comín Comín (2007), el estado benefactor alcanzaría su impulso más importante después de la segunda guerra mundial con la implementación de las propuestas de William H. Beveridge en 1942 quién presentó su conocido Informe³⁶ al gobierno británico, y en el que se sentarían las bases del nuevo modelo socioeconómico, un modelo que se consolidó en las principales democracias desarrolladas a partir de los años cuarenta del siglo pasado. Esta evolución, como señalan Salor i Vives y Muñoz Haedo (2007), fue posible gracias a la coincidencia de varios factores como el extraordinario crecimiento económico conocido en Europa y las principales democracias occidentales, la aplicación de políticas keynesianas, una situación de pleno empleo y un contexto de paz social. Ello unido a una evolución demográfica favorable, y el impulso de los gobiernos de todo signo político para implantar un capitalismo de “rostro humano”, aprendida las lecciones del modelo

³⁶ El documento que más ha influido en el desarrollo del Estado de Bienestar, o Estado Providencia, como era conocido antes, es el *Beveridge Report*. Un documento en el que el economista británico sentó los principios de las políticas de protección social que aplicarían los gobiernos británicos de la postguerra. Proponía crear una red de protección para los ciudadanos que les protegiera en situaciones de invalidez, enfermedad, pérdida del trabajo o vejez. Asimismo sugería que debía asegurar una renta mínima a todos los ciudadanos que les permitiera la subsistencia. Entendía la Seguridad Social como una maya de protección que debía auxiliar a los ciudadanos en circunstancias de pérdida de rentas. El seguro social, al que debían tener derecho todos los ciudadanos sin exclusión por renta u origen social, debía ser general y obligatorio, universal en su cobertura y de responsabilidad estatal. Por último, Beveridge proponía la creación del Ministerio de la Seguridad Social, como fórmula integradora de todas las políticas sociales.

liberal que hicieron caer algunas democracias, la República de Weimar sería el paradigma, que periclitó fruto de las contradicciones políticas, económicas y sociales fraguadas en la primera parte del siglo.

España no ha sido ajena a estos cambios y transformaciones. La incorporación tardía de nuestro país al desarrollo del Estado de Bienestar no fue un impedimento para que haya conseguido consolidar una importante red de protección social para sus ciudadanos, equiparable en muchos casos a los de los países nuestro entorno europeo.

El modelo que conforman las políticas de bienestar español tiene rasgos propios del modelo mediterráneo según Moreno y Marí-Klose (2013). Un modelo de bienestar que reposa sobre el papel fundamental que juega la institución familiar y su papel desempeñado en la protección social en situaciones de riesgo, función compartida con el Estado un rasgo diferenciador fundamental respecto al régimen de bienestar continental. En palabras de estos mismos autores, el apoyo familiar se manifiesta en un fuerte apoyo material y afectivo que hace que el individuo cuente con un colchón de seguridad importante. Por ello los regímenes de bienestar de los países del sur de Europa³⁷ han evolucionado hacia regímenes de tipo mixto, el español es un caso claro, un régimen de protección social en el que la familia sigue siendo importante, también las iniciativas de la sociedad civil y el Estado. Por esta razón, identificamos en las políticas de protección social en nuestro país rasgos bismarkiano, es el caso de la seguridad social financiada con recursos de trabajadores y empresarios a través de las cotizaciones sociales cuyo régimen lo disfrutaban aquellos afiliados cotizantes y su familia; modelo que convive con otras políticas con rasgos universalistas financiadas con impuestos generales como la educación y la sanidad pública; hasta la fecha, porque las últimas reformas aplicadas limitando el acceso a los inmigrantes sin papeles y sus familias, socaba el principio fundamental de la universalidad de la prestación sanitaria en España.

³⁷ Para Luis Moreno y Pau Marí-Klose (2013) los países que estarían dentro de este régimen de bienestar serían Grecia, España, Portugal e Italia. Países con herencias dictatoriales, inserción tardía en los procesos de industrialización y desarrollo del Estado de Bienestar. Estos países han desarrollado un modelo de bienestar equiparable al resto de Europa continental, gracias al espectacular desarrollo económico experimentado a lo largo de la década de los ochenta y noventa.

En efecto, como afirma Romero González (2007), nuestro país, con la reinstauración de la democracia, consiguió articular una democracia, un Estado de Bienestar y un modelo de estado con un alto grado de descentralización política para las regiones, al tiempo que se produjo su incorporación al concierto de naciones de la Unión Europea. Especialmente significativo es la consolidación de un Estado de Bienestar que hace realidad el consenso entre clases y generaciones que encarna el pacto social que ha hecho posible la estabilidad política, la cohesión social, y la seguridad económica de una gran mayoría de la población que encuentran en las políticas de protección social vinculadas a la vejez, la enfermedad, el desempleo, la maternidad; una maya de seguridad frente a estos riesgos.

Lo cierto es que, a pesar de haber tenido una evolución muy favorable, especialmente en la décadas de los ochenta y noventa, el Estado de Bienestar español tiene sus rasgos diferenciadores, como lo tienen, por otra parte, el resto de estados. España impulsa sus grandes políticas del bienestar en un contexto, los años ochenta y noventa, en medio de una importante crisis económica, inflación y desempleo elevado. En un contexto en el que la mayoría de las democracias desarrolladas impulsaban las reformas de las políticas de bienestar, tratando de aligerar al estado de las cargas sociales. Nuestro país en las tres primeras décadas de democracia trata de recuperar el terreno perdido, y conoce un aumento del gasto público espectacular en términos comparativos, ello por dos razones: había que apuntalar el contrato social que hiciera viable la democracia, y había que demostrar a Europa que se iba en serio en ello, para lo cual se dedicaba cada vez más recursos a gasto social, puesto que las cifras en términos comparados nos situaban en puestos de subdesarrollo en el momento de nuestra incorporación en 1986. Por poner un ejemplo, España pasó de dedicar un 8.8% del gasto público total a protección social en 1970, a un 20,1% en 2001. Francia, por buscar una referencia, el segundo país de la Unión Europea que más dedica a gasto social, después de Suecia, estaba por esas mismas fechas en el 30,0% de su PIB. Al mismo tiempo, nuestro país estaba creando una nueva administración, la administración autonómica, que finalmente sería la máxima responsable de las políticas sociales de nuestro Estado de Bienestar, excepción hecha de la Seguridad Social y las políticas de empleo.

La progresión espectacular, especialmente, en términos de gasto y de capacidad

institucional dedicada al bienestar social tuvo su década dorada en los años noventa, luego en los años dos mil, en 2006 en concreto el gobierno socialista de Rodríguez Zapatero sacó adelante dos últimas leyes destinadas a cubrir los llamados nuevos riesgos sociales (NRS); la Ley de Igualdad destinada a facilitar la conciliación de la vida profesional y personal (especialmente en el caso de las mujeres) y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y las familias, cuyo objetivo último era contribuir a crear una red de protección para los mayores y sus familias, privadas especialmente las mujeres del ejercicio de su libertad y autonomía. Sin embargo, la evolución del modelo de protección social en España estaba condicionada por dos factores evolutivos. Uno, la fragmentación de los propios programas de atención del que se pueden ser beneficiarios siempre y cuando se perteneciera a una determinada categoría (viudedad, orfandad o discapacidad) en el caso de las ayudas no contributivas. Por otro lado, la deriva hacia la dualización del mercado laboral, compuesto por trabajadores con contrato indefinido, derechos sociales y laborales, y un mercado laboral compuesto por trabajadores precarios y sin derechos laborales y estabilidad. Esta dualización del mercado laboral además conecta con una situación de progresivo envejecimiento de la población y un importante aumento en la incorporación de la mujer al mercado laboral, provocando tensiones relacionadas con la conciliación de la vida laboral y familiar. Por ello, según Moreno y Marí-Klose (2013), el modelo mediterráneo de bienestar supone un gran reto, dado que a estas circunstancias habría que añadirle que los hogares son amplios, el fraude fiscal se mantiene en tasas por encima del 20%, o la importancia de la evasión fiscal. La consecuencia de todo ello, afirman Farrera, 1996; Moreno, 2006, es una realidad de la protección social polarizada, en la que una parte goza de estabilidad en el empleo y son generosamente protegidos y, otra parte, con trabajos precarios, sujetos a niveles de infra protección lacerante. En consecuencia el Estado de Bienestar español hoy, afirman Moreno y Marí-Klose (en del Pino y Rubio Lara, 2013), presenta un sesgo de protección centrado en los colectivos más mayores y jubilados, dejando en situación de desprotección a los colectivos más jóvenes, nuevas familias, y la infancia; este último capítulo explica la bajada tan espectacular de la tasa de natalidad en nuestro país, de las más bajas de Europa junto con Italia, países que ostentan la esperanza de vida más alta del mundo.

El envejecimiento de la población en España, la baja tasa de natalidad, y la dificultad de acceso de los jóvenes al mercado laboral y la vivienda, están presionando de forma clara al sistema de protección, especialmente al sistema de pensiones y la sanidad pública, en un contexto de crisis desde el año 2007, con la caída formidable de los ingresos en las arcas públicas de donde se financian la sanidad y la educación, y de los cotizantes a la seguridad social consecuencia del altísimo desempleo. Además otros factores introducen presión a los sistemas de protección social fruto de la globalización y la integración europea consecuencia de la adopción de la moneda única, los criterios de convergencia, y el pacto de estabilidad acordado por los socios europeos. Dos circunstancias que colisionan con factores de índole interno como son la incapacidad de la familia para seguir siendo el sostén o al menos de la misma manera que lo había sido en el pasado, consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, y la introducción de reformas en las distintas políticas de forma que dejan de ser un modelo coherente y cohesionado de bienestar social, ello para embriar los costes derivados de la crisis fiscal y de deuda, circunstancia que se ha aprovechado para reducir el gasto social, en sanidad en concreto las iniciativas han ido destinadas a frenar el acceso de determinados colectivos a la sanidad pública, caso de los inmigrantes sin papeles o personas que no hayan cotizado, sacar de la cartera de servicios algunos fármacos, recortes de personal, externalización de servicios de análisis clínicos, compra centralizadas, cierres de servicios, copagos en medicamentos, y otros servicios sanitarios.

El corolario de esta situación, según Calzada y Del Pino (2011), puede ser la huida de la clase media hacia la búsqueda de protección en el mercado, por la pérdida de calidad de las políticas de protección social que siguen gozando por otro lado de una gran legitimidad social en España, pero que están concentrando los ajustes derivados de la crisis lacerante por la que atraviesa el país. La mercantilización de estos bienes preferentes es, por otro lado, una oportunidad de negocio jugosa para potentes intereses corporativos, que ven los planes de pensiones destinados a los *babybuners* y la oferta de servicios sanitarios privados y, de otro tipo, un negocio apetitoso.

5.3. La política de protección de salud en España

La política sanitaria en nuestro país remonta sus orígenes a finales del siglo XIX con la creación de la Comisión de Reformas Sociales para el estudio de la mejora y el bienestar de las condiciones de las clases obreras, que afectaban a las relaciones entre el Capital y el Trabajo. Esta Comisión de reformas elaboraría una ponencia en la que se proponía la creación de la Caja Nacional de Seguro Popular, en la que se esbozan las líneas maestras de lo que sería posteriormente el Instituto Nacional de Previsión (INP) creado por ley del 27 de febrero de 1908. Posteriormente, la asistencia sanitaria entraría a formar parte del mismo con la aprobación del Real Decreto (RD) de 18 de marzo de 1919, por el que se legislaba el aseguramiento de paro forzoso y dotaba de cobertura en caso de enfermedad a los trabajadores, aseguramiento que era prestado por la asistencia sanitaria privada. El Seguro de Maternidad se establecería en 1929, y los primeros Seguros Obligatorios de Enfermedad (SOE), en 1942. Estos seguros tendrían un carácter obligatorio dirigido a proteger a los trabajadores económicamente más débiles y con rentas del trabajo no superiores a unos límites fijados.

En los inicios de la transición democrática se crea en nuestro país el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1977. Sin embargo los cambios fundamentales vendrían con la aprobación de la Constitución Española, en la que se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección a la salud (art. 43), y diseña una organización político territorial del estado que consagra la descentralización político administrativa cuyas consecuencias con posterioridad serían importantes para el sistema de protección de la salud. En 1979 se desarrolla una importante reforma institucional que afectó a la Seguridad Social y la Sanidad, se suprime el antiguo Instituto Nacional de Previsión, pasando los órganos gestores de la Seguridad Social al Instituto Nacional de Salud (INSALUD), órgano de nueva creación encargado de la gestión y administración de toda la red asistencial pública sanitaria. Posteriormente en el año 1981, y tras una reorganización administrativa, se creó el Ministerio de Sanidad y Consumo, separado del Ministerio de Trabajo. Una disgregación que ya estaba contenida en la propia Constitución, en la cual en su artículo 43 hace referencia a la protección a la salud de los españoles como un derecho que los poderes públicos debían atender, y garantizar las

medidas preventivas y servicios curativos necesarios. Como afirma Alonso Olea (1994)³⁸, ya el legislador parece estar pensando en la separación entre la protección sanitaria y la protección por desempleo y prestaciones de la Seguridad Social, que como se acaba de mencionar quedaría encuadrada en órganos ministeriales diferenciados.

En los primeros años de transición a la democracia, la reforma sanitaria no consigue situarse entre los problemas principales de la agenda política, ello es comprensible, entre otras cosas, porque en ese momento había problemas de naturaleza estructural más importantes a los que atender. No olvidemos que la transición se encontró con bastantes obstáculos, uno de ellos el contexto económico de crisis generalizada: inflación, tasas de paro muy elevadas, deuda pública, déficit, etc. Ciertamente los primeros gobiernos de la UCD tuvieron como primer objetivo la reforma política hacia una democracia de corte liberal, homologable al resto de democracias europeas, y lograr la paz social que hiciera posible las reformas políticas. Fundamentales fueron los “Pactos de la Moncloa” firmados entre sindicatos, la patronal y el gobierno, un hito histórico que permitía despejar el horizonte económico, laboral y social para el futuro del país. Por unas razones o por otras, la reforma sanitaria en nuestro país había sido una historia de fracasos repetidos, ya los gobiernos de UCD (1976-1982) intentaron la transformación del modelo, hacia un modelo con mayor presencia del ámbito privado, sin embargo, no se dieron las condiciones para la misma. La explicación, según Ana Rico (1998), es que por una parte no se dieron una intensidad de las preferencias lo suficientemente importantes decantadas con claridad hacia este cambio y, por otro lado, tampoco había un paradigma internacional claro sobre el gobierno de la sanidad que contribuyeran a apoyar y legitimar las reformas en la década de los setenta.

A partir de la aprobación de la Constitución Española, y en virtud del reconocimiento del derecho de autonomía para las nacionalidades y regiones, las Comunidades Autónomas que accedieron al Estatuto de Autonomía por la *vía rápida* art.151 existiendo también el

³⁸ En Políticas Públicas en España: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno. Gomá, Richard y Subirats Joan (coord.). Capítulo: 9 “La política sanitaria: análisis y perspectivas del sistema nacional de salud. Ana Guillén y Laura Cabiedes. Ariel Ciencia Política. 1998.

art. 143 *vía lenta* de la CE³⁹, comenzarían a recibir las competencias sanitarias. Las primeras fueron, Cataluña en 1981, Andalucía en 1984, y País Vasco y Valencia en 1988. Las primeras competencias trasferidas fueron las de Salud Pública y Planificación de la Sanidad, seguidamente las de lucha y prevención de las grandes enfermedades, con posterioridad las regiones comenzaron a recibir las transferencias de las competencias de organización y gestión de la red asistencial pública, incluidos los centros que hasta entonces eran dependientes de los gobiernos locales (Diputaciones y Ayuntamientos).

La primera gran reforma de la política sanitaria en España vino con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, que supuso una gran transformación de la política sanitaria que prestaba la limitada red asistencial que había desarrollado la Seguridad Social a través del Instituto Nacional de Previsión (INP), un modelo que estaba financiado con cotizaciones sociales, se reservaba exclusivamente a los cotizantes y de cobertura muy limitada. La ley recogía el espíritu constitucional, según sus formuladores, de derecho a la protección de la salud, y orientaba el sistema hacia la universalidad de la cobertura, la equidad en el acceso, y la provisión pública, apostando por la potenciación de la red asistencial pública y financiada con impuestos, es decir, un modelo integral siguiendo los modelos de servicios públicos de salud europeos. Este modelo integraba la reforma de la Atención Primaria⁴⁰ (puerta de entrada al sistema) y la integración institucional de la red especializada y hospitalaria en manos de diversos entes públicos de naturaleza diversa, que pasarían a estar integrados en el Instituto Nacional de Salud (INSALUD). La Ley General de Sanidad creó el Sistema Nacional de Salud que, a partir de entonces, estaría compuesto por todos los subsistemas regionales de salud, coordinados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (hoy Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad). Este proceso de descentralización, que se prolongó durante veinte años, comenzó en 1981 con la transferencia sanitarias a la Comunidad Autónoma de Cataluña y concluyó en el año 2002, cuando las últimas CC AA dejaron de depender de la gestión directa del INSALUD, con el cierre del proceso de transferencias

³⁹ Según señalaba Peces – Barba Martínez, G. “En todo caso, las dos vías genéricas del 143 y del 151 permiten alcanzar el mismo nivel de competencias al final de proceso” El acceso a la autonomía por la vía del art. 143 en El País 1980.

⁴⁰ La aprobación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, fue sin duda una de las reformas más importantes de modelo sanitario español. Con esta norma, posteriormente, refrendada por la Ley General de Sanidad, sustentaba el modelo de atención primaria sobre unas demarcaciones territoriales específicas: las Zonas Básicas de Salud, se crearon los Equipos de Atención Primaria ubicados en los Centros de Salud.

a las últimas autonomías, entre ellas la Comunidad de Madrid. En el mismo año se aprobaría el nuevo modelo de financiación para las regiones, en el marco de los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, una situación que tendría un gran impacto para esta política pública, puesto que la financiación sanitaria pasaría a depender del paquete general de la financiación autonómica.

En términos institucionales, la reforma sanitaria de los ochenta fomentaba la integración de las redes asistenciales públicas desarrolladas por el estado español desde los años cincuenta, y que se encontraban en manos de gobiernos locales, diputaciones y municipios, en una sola red asistencial gestionada por el INSALUD, única autoridad sanitaria. En este modelo los roles de asegurador, financiador y proveedor de servicios están integrados, no hay separación de funciones. El estado es el asegurador universal, financiador con los impuestos y gestor de la red de proveedores públicos de salud: centros de salud, atención especializada y hospitalaria pública. Todo ello siguiendo un modelo en el que los proveedores no tienen autonomía respecto al ente asegurador, y que la relación funcional es administrativa, en la medida en que los Centros de Salud y Hospitales son unidades de gasto dependientes de un control administrativo y fiscalización pública del gasto. Asimismo, el modelo de gestión es burocrático, control legal, fiscalización previa, y contrato administrativo estatutario de los profesionales, que se desempeñan como funcionarios públicos al servicio de una administración pública. Lo que implica un modelo en el que principal (autoridad aseguradora) y agente (la red asistencial y profesionales) están articulados por la relación jerárquica, en el que el principal de sistema (los ciudadanos) no suele tener capacidad de elección de servicios o centros. El funcionamiento de los proveedores está sometido al control legal y administrativo, no gozan de ninguna autonomía de gestión o gasto, asignado este último del presupuesto de asegurador principal, por entonces el INSALUD. En este modelo la red asistencial privada juegan un papel residual o complementario, para casos de necesidades del Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno del Partido Socialista con esta ley no consiguió sus propósitos generales de reforma sanitaria. El borrador de proyecto de ley se estancó en el parlamento durante ocho largos meses, debido a que cuando vio la luz concitó no pocos rechazos y generó mucha

conflictividad del lado de los grupos de presión, especialmente (profesionales médicos)⁴¹ y los altos funcionarios del INSALUD fundamentalmente, además de otros actores externos al proceso de la formulación de la política y que no fueron tenidos en cuenta en el momento del diseño de la misma. Todos estos grupos consiguieron articular un frente contra reformista según intereses de grupo. Uno lo formaron los profesionales médicos que venían de un contexto político, el de la dictadura, que no sólo había sido muy condescendientes con ellos sino que les había concedido un gran poder a la profesión médica para gobernar la sanidad y el sistema sanitario español, sirviendo a sus intereses. Las propuestas de la ley estaban orientadas a la creación de un sistema nacional de salud fundamentalmente público, por ello los colectivos médicos vieron que sus intereses corporativos quedaban dañados, puesto que ellos no habían conocido límites en el ejercicio de la profesión sirviéndose de lo público como puerta de entrada de sus intereses privados. Igualmente veían peligrar su capacidad de organización de la profesión y los cambios dentro del sistema según sus intereses. En consecuencia, utilizaron toda la capacidad de movilización de sus organizaciones corporativas, se sumaron en alianza con los burócratas altos funcionarios de la sanidad que a su vez fueron adquiriendo un gran poder en el sistema sanitario, y un alto grado de autonomía, situación que perderían si se implantaban las propuestas contenidas en la ley.

Estos grupos de presión unidos a los partidos más conservadores del arco parlamentario consiguieron que sus propuestas fueran escuchadas y tenidas en cuenta en el articulado de la ley que quedaría muy diezmada. A la conflictividad que originó la ley en los mencionados sectores sociales, había que añadirle los problemas que comenzó a causar en el interior del propio gobierno, y que tenían su origen en el contexto de desequilibrios macroeconómicos en los que vivía todavía el país. Hay que observar que la puesta en marcha de un sistema de salud de naturaleza universal, según los principios y valores expuestos en la citada ley, implicaba directamente un importante incremento del gasto público, un factor que llevó a los responsables económicos del gobierno, por entonces el Ministro de Economía Miguel Boyer, a tratar de convencer al jefe del ejecutivo de que,

⁴¹ No olvidemos que los profesionales médicos venían de una cultura con el régimen anterior en la que habían ejercido el poder delegado del gobierno de la sanidad. Incluso habían sido los que habían introducido innovación y cambios en la organización y gestión del sistema.

con ser importantes las reformas sanitarias para el cumplimiento de sus compromisos electorales, más urgentes era atender a los problemas de estabilización económica. Todo ello supuso un freno que hizo que la aprobación de la ley estuviera en trámite parlamentario un periodo de tiempo excesivo, finalmente vio la luz con importantes modificaciones, sin embargo, esta circunstancia no le restó la trascendencia que sin duda tendría con posterioridad. Por tanto podemos decir que es en la década de los ochenta cuando se inicia el periodo en el que se sientan las bases del actual sistema sanitario español, y que será la Ley General de Sanidad de 1986 la que otorgará un mayor grado de institucionalización, organización y orientación hacia un modelo más claro similar a los servicios nacionales de salud de gran parte de los países europeos. Posteriormente en la década de los noventa serían los años de puesta en marcha de las reformas y cambios contenidos en la citada ley, al mismo tiempo que se descentralizaba el gobierno de la sanidad pública a los gobiernos regionales.

España, a partir de la entrada en vigor de la LGS, comenzaría a implantar reformas siguiendo este modelo fundamentado en la financiación y aseguramiento público. Se dieron pasos importantes en la organización y desarrollo de un sistema nacional de salud que se posteriormente se convertiría en uno de los pilares de nuestro Estado de Bienestar, y que conoce un crecimiento en los recursos fundamentalmente económicos gracias a que en la segunda mitad de los años ochenta los momentos peores de la crisis económica han pasado y el inicio de un nuevo ciclo económico basado en el crecimiento, la baja de las tasas de paro y la contención de la inflación sitúan a nuestra economía en mejores condiciones para afrontar la expansión del gasto que estas políticas implican. A todo ello ayudó también el ingreso de España en la Unión Europea, especialmente a partir de este momento el discurso social y político se impregna de referencias comparativas con los principales países de nuestro entorno y la necesidad de acercarnos a ellos no sólo en términos de renta, sino también de gasto social. Estas referencias serían consideradas como un factor de progreso y bienestar, a lo que habría que añadir el hecho de la recepción de los Fondos Estructurales a la mayor parte de las regiones del país (calificadas como regiones objetivo 1) que supusieron una fuente de financiación extraordinaria para la ampliación y mejora de las infraestructuras en general, incluidas las sanitarias.

La segunda gran reforma de la sanidad en nuestro país tiene su origen en lo que está ocurriendo en el contexto internacional próximo al que se hecho referencia. En la década de los noventa, en Europa, la fuente de preocupación es la reforma del Estado de Bienestar. Un modelo que se veía (ya entonces) abocado a reestructurarse, o reinventarse, puesto que había llegado a un momento de crisis: crisis institucional, crisis financiera, crisis de legitimidad. El *Welfare State* había conocido en los principales países europeos de referencia, Alemania, Gran Bretaña, Francia, Suecia, una expansión espectacular desde sus inicios a partir de la Segunda Guerra Mundial, sin olvidar la crisis por la que pasó en la década de los setenta como consecuencia de la Crisis del Petróleo. En los años noventa estos países afrontan una crisis que tiene que ver más con el cambio de contexto internacional: globalización, mundialización de la economía y cambios culturales que afectan al citado modelo de estado. Este sería el origen de las reformas de los sistemas de protección social, especialmente de la sanidad pública. un modelo que con sus diferencias era del que venían de vuelta en Europa, la mayor parte de los países, especialmente, Reino Unido, Alemania, Francia, estaban embarcados en reformas destinadas al controlar del gasto social, especialmente el sanitario. Son los años en los que está en su momento álgido el paradigma de la Nueva Gestión Pública, con propuestas claras de control del gasto sanitario a través de la liberalización y la creación de los mercados internos en sanidad. El espíritu reformista que alienta este paradigma se introduce en nuestro país aprovechando la *ventana de oportunidad política* que se abrió con la descentralización territorial del estado y el traspaso de competencias a la Generalitat de Cataluña, a través de la ley de ordenación sanitaria (LOSC) aprobada por el Parlamento Catalán en 1990. La ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, fue la primera que incorporaría los principios de las reformas sanitarias en Europa, a tenor de las recomendaciones del nuevo paradigma de la Nueva Gestión Pública. En esencia se buscaban dos objetivos fundamentales, la separación de las funciones principales del sistema: Financiación, Aseguramiento y la Provisión. Ello permitía introducir competencia entre los actores del sistema (incentivos) puesto que se partía de la idea de que el modelo burocrático de prestación del servicio adolecía de falta de flexibilidad, eficacia y eficiencia. Los mercados internos, fue otra de las apuestas, que consistía en crear un mercado en el que proveedores públicos y privados compiten por los clientes, pacientes, y los recursos públicos, que eligen unos proveedores u otros en función de unos

estándares de calidad. La gestión indirecta, a través de la externalización de servicios y los contratos programa, era técnica como otras importadas del sector privado. En la ley sanitaria catalana además se introducía un elemento innovador que era la “Red Sanitaria de Utilización Pública” el mercado interno en este caso tomaba la “arquitectura” de red. Cataluña, con estas innovaciones en materia de gestión sanitaria abanderaba los cambios, creaba el primer Servicio Regional de Salud (*CatSalut*) y consolidaba una red mixta público privada de atención sanitaria. Se trata de un modelo sanitario mixto, por el que los recursos públicos y los privados (redes asistenciales) quedaron integradas un sistema sanitario de financiación pública apoyada sobre una red asistencial mixta compuesta por la red heredada del antiguo INSALUD, y la importante red privada en manos de proveedores diversos (mutualidades, fundaciones, empresas, consorcios, tercer sector).

Por estas fechas en las que, obviamente, el gasto público sanitario aumentaba como consecuencia de las medidas de universalización de la cobertura, el nuevo paradigma se abre cada vez más espacio en la agenda pública, gracias a que comienza a adquirir visibilidad y preocupación política y social los costes sanitarios, sus excesos y disfuncionalidades. Ello contribuyó a poner en la agenda política la necesaria racionalización del gasto, sobretudo en términos de costes y eficacia del sistema. Este argumento lo avalan Ana Guillén y Laura Cabiedes cuando afirman:

“la percepción de la necesidad de racionalizar el sistema y de introducir medidas de control de costes se vio reforzada por la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña en 1990, que incluía la introducción de mercados internos. Una vez más una Comunidad Autónoma fue capaz de adelantarse a las propuestas de los servicios centrales” (Ana Guillen y Laura Cabiedes 1998).

En respuesta a esta preocupación, el parlamento español creó una Comisión parlamentaria, presidida por Fernando Abril Martorell, cuyo encargo fue el estudio y evaluación de la situación del Sistema Nacional de Salud. El después archiconocido “Informe Abril” fue el resultado de la citada Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, constituida en el Congreso de los Diputados después de aprobarse en 1990 una proposición no de ley por parte del Centro Democrático y Social (CDS). Esta proposición tuvo la virtualidad de incluir en la agenda institucional el debate en torno a la sostenibilidad y los costos financieros de los sistemas sanitarios, un debate

que venía de Europa, embarcados gran parte de los países en reformas limitadoras del gastos y los costos desbocados de la protección sanitaria, en línea según hemos visto, con el nuevo paradigma imperante de la Nueva Gestión Pública. Efectivamente, en los años noventa los Estados de Bienestar, y los sistemas sanitarios (en particular) estaban pasando por importantes tensiones financieras en Europa, ello debido a los efectos de la crisis, y factores como el envejecimiento de la población, la prolongación de la esperanza de vida, el encarecimiento de los medicamentos y la tecnología aplicada a los diagnósticos. Por ello, a finales de los ochenta y primeros noventa empezaron a ver la luz en algunos países de nuestro entorno una serie de informes que fundamentalmente proponían las mismas recetas, el control del gasto, algunos ejemplos son en el caso de Reino Unido el Informe Griffiths (1988) o el Plan Juppé en Francia (1995).

La Comisión, en el caso del parlamento español, abordó los trabajos destinados a analizar y evaluar la situación de la sanidad española, en función de varios parámetros, la equidad, la calidad y la eficiencia. Para ello los participantes trabajaron por área o grupos de actividades. Uno estaba dedicado a estudiar los aspectos relativos a la gestión y la financiación del SNS. El segundo grupo, estudió los aspectos relativos al estado de los servicios asistenciales. Y, un tercer grupo abarcó los aspectos relativos a la salud pública. Finalmente, y este fue el debate central, había que tener en cuenta los aspectos relativos a la sostenibilidad financiera del sistema contemplando escenarios de riesgo o crisis económicas futuras, para terminar proponiendo mejoras. Es pertinente señalar que las subcomisiones creadas al efecto estuvieron conformadas por participantes de todos los colores políticos del arco parlamentario, asimismo contaron con la presencia de entidades públicas y privadas, además de expertos del más reconocido prestigio a nivel nacional e internacional como por ejemplo Sir Roy Griffiths de Reino Unido, Peter Boorsma, de Holanda, o Claes Ortendahl de Suecia. El resultado fue el conocido Informe Abril, publicado en 1991, un documento que según la mayor parte de los expertos sigue siendo el estudio más riguroso en términos de diagnóstico y evaluación del SNS realizado a la fecha. Habría que tener en cuenta que gran parte de las medidas propuestas, incluso tras el rechazo, ha servido para orientar reformas posteriores, incluso las reformas que se fueron implementando con posterioridad en los servicios regionales de salud.

Sin ánimo de exhaustividad, merece la pena mencionar algunas de las medidas contenidas:

1. El citado informe ya ponía el acento en la necesidad de reformar la atención primaria, puerta de entrada del sistema sanitario, que ya entonces sufría los problemas que posteriormente se han agudizado, el consumo excesivo de medios diagnósticos y terapéuticos. Asimismo, señalaba los desequilibrios asistenciales que sobrecargaban los hospitales por el recurso excesivo a las consultas externas, y las urgencias.
2. El aumento imparable del gasto destinado a la atención especializada y en paralelo un descenso de la atención primaria, cuando debería ser al contrario.
3. La medicina preventiva y la salud pública ya entonces continuaba siendo la hermana pobre de la sanidad, puesto que en una concepción global de la sanidad, y no esencialmente curativa, la prevención y la salud pública deberían ser la clave del sistema.
4. El sistema carece de una visión global y empresarial del servicio, que coarta más allá de lo necesario, la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, falta de información al paciente, y sus familiares en un entorno escasamente confortable.
5. El marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantean las relaciones de personal en el ámbito sanitario, especialmente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia; por ello, algunos profesionales se encuentran lógicamente desmotivados.
6. Existe una ausencia general de estructuras y mecanismos de información, de evaluación y análisis en el sector sanitario público y privado, esta carencia es patente tanto a nivel del control de gestión de los propios centros, como en el nivel más general de establecimiento de programas de salud.
7. En los equipos directivos, la responsabilidad de gestión queda diluida o anulada por el excesivo centralismo y rigidez del sistema y por intervenciones administrativas previas de dudosa aportación.
8. Por sus estructuras de gestión, organización funcional, y financiación, el Sistema Nacional de Salud está orientado básicamente al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes que al logro de altos resultados mediante el empleo óptimo de los Recursos Humanos y materiales de gran calificación. “puede decirse que la situación actual parece representar el final evolutivo de un sistema centralizado y rígido, que ha sido capaz de vertebrar y estimular en el pasado una asistencia sanitaria pública, basada en la Seguridad Social, pero que ya es insuficiente para atender los problemas actuales y futuros de los servicios sanitarios en un entorno de recursos limitados (**Informe Abril 1991**).

Un paralelismo que podemos establecer con el proyecto de reforma de la Ley General de Sanidad, es que este informe concitó el rechazo de importantes sectores sociales,

especialmente por parte de grupos distintos al anterior. En esa ocasión fueron los partidos de izquierda, sindicatos, colectivos de ciudadanos los que se opusieron con rotundidad a la puesta en práctica de las medidas propuestas. En esta ocasión la bandera de la “privatización de la sanidad pública”, quedó como la idea global del informe, suscitó reacciones adversas singularmente una de sus propuestas: el establecimiento de un *ticket-moderador*⁴² o copago farmacéutico para compensar el consumo de medicamentos, este fue el detonante principal, entre otros, del rechazo generalizado, pues tocaba la población pensionista. Esta propuesta y la puesta en práctica de medidas de control de gasto y racionalización percibidos como privatizadores, fue lo que consiguió aglutinar el rechazo de importantes sectores de población que se opusieron frontalmente. Circunstancia que llevó a adoptar posteriormente una estrategia distinta por parte de las autoridades sanitarias en la aplicación de estas medidas. Sin embargo, y como argumentan Ana Guillén y Laura Cabiedes (1998), muy al contrario de lo que pudieron pensar todos aquellos grupos, colectivos y ciudadanos que se opusieron en su momento a la reforma, las medidas que contenía dicho informe poco a poco tiempo después se comenzarían a aplicar, sólo que de forma discreta y silenciosa, en una estrategia de desarrollo de la política destinada a evitar en todo momento la respuesta ciudadana. Estas medidas, como veremos más adelante, se han legitimado bajo el etiquetaje de la búsqueda de la eficacia, eficiencia y la calidad. Así por ejemplo, se pusieron en marcha la cartera de servicios financiados por el Servicio Nacional de Salud, habiendo servicios que quedan fuera de la misma. Una medida restrictiva o al menos limitadora del horizonte del gasto sanitario, puesto que aquellos servicios que no estuviesen recogidos en la citada lista para ser cubiertos por el sistema público, tenían con carácter previo que ser objeto de evaluación y, en su caso, negociación posterior. El horizonte de servicios prestados por la sanidad pública se acotaba, y sus posibilidades de crecimiento se condicionaban efectivamente a su adecuación y posibilidades de asunción del gasto por parte del estado.

Sin embargo, los redactores del informe hicieron un diagnóstico, que no sólo ponía en

⁴² El ticket moderador es una medida que se ha desarrollado en los sistemas sanitarios de algunos países al objeto de incidir sobre la demanda, cuando los medicamentos o los servicios sanitarios son gratuitos esto tiene un efecto de estímulo de la demanda, el ticket moderador trata de frenar la demanda al corresponsabilizar al usuario de una parte del coste de servicio, atención o medicamento. Sin embargo tiene un impacto en la equidad puesto que penaliza a los colectivos con menos recursos que suelen ser los que más utilizan el sistema que son las personas con enfermedades crónicas o los ancianos. En nuestro sistema estos colectivos no están sujetos al copago.

evidencia los problemas de sistema, sino que también señalaba las fortalezas del mismo. Así se reconocía que el SNS español había conseguido amplias cotas de cobertura, sin llegar a cubrir aún al cien por cien de la población, había conseguido grandes avances. Por otro lado, se había progresado en la separación de las fuentes de financiación, de tal forma que las cotizaciones sociales desaparecían progresivamente a favor de los impuestos, con lo que esto suponía en términos de equidad y solidaridad del sistema. Además de que el sistema Médico Interno Residente (MIR) había dotado a la profesión médica de un alto grado de competencias y profesionalidad, dotándola de gran prestigio, al tiempo que se había impulsado todo un conjunto de líneas de investigación importante en los hospitales universitarios de referencia, que permitía conectar la práctica clínica con el desarrollo y progreso de la investigación. Los avances del SNS estaban avalados por los indicadores de morbilidad, esperanza de vida de la población, mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades, en definitiva en el estado de la salud general de la población. Por último merece la pena mencionar que los autores del informe redactaron una cláusula de *salvaguarda*, que exponía con claridad: *“las mejoras que se proponen y las que puedan producirse en el futuro, nunca deben afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituyen la médula del sistema”* (Informe Abril)

Además de las anteriormente mencionadas, las recomendaciones alcanzaron el número de sesenta y cuatro que abarcaban una diversidad de aspectos, cuyo objetivo fundamental era configurar un sistema solidario, con financiación pública equitativa, con una organización flexible y descentralizada, transparente en la gestión y los resultados, competitiva, y de gestión autónoma y responsable. Desde que vio la luz, recibió un aluvión de críticas, en su gran mayoría sin conocer demasiado bien el contenido de las propuestas, muchas de ellas con poco fundamento técnico, y mucho de demagogia política. Estas críticas le vinieron fundamentalmente por parte de Izquierda Unida (IU) también de los sindicatos UGT y CCOO, y algunos medios de comunicación, que enfatizaron las medidas liberalizadoras y privatizadoras, respecto al resto del contenido del informe. Por su lado, el Partido Popular aplaudió el proyecto especialmente porque ello suponía una puesta en evidencia de que el modelo impulsado por el gobierno del PSOE estaba lleno de disfunciones, sin tener en cuenta los aspectos positivos recogidos.

El triunfo del partido Popular, en las elecciones de 1996, creó las condiciones políticas para volver una vez más sobre la necesaria reforma del Sistema Nacional de Salud, y su sostenibilidad. Con este empeño, nuevamente el Congreso de los Diputados creó una subcomisión, dependiente de la Comisión de Sanidad, que realizara un diagnóstico sobre la situación de la sanidad en nuestro país. El dictamen que la subcomisión emitió después de más de un año de deliberación salió a la luz en 1997, con el voto en contra de Izquierda Unida, Izquierda, PSOE, y Nueva Izquierda. En líneas generales recomendaba: “avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso”. Esto último suponía ni más ni menos que el partido del gobierno asumía como principios fundamentales del sistema unos principios como la cobertura universal y la financiación vía impuestos como aspectos que habían logrado la vertebración del sistema y que no eran objeto de reforma o cambio, un cambio importante del Partido Popular en relación con la sanidad, puesto que en etapas anteriores directamente lo había criticado sin ambages. La fuente de controversia con el resto de partidos que se habían opuesto a la aprobación de dicho dictamen, estaría en los aspectos relacionados a la financiación del sistema, y las fórmulas de gestión de la estructura asistencial.

En relación a la financiación el mencionado Dictamen parlamentario, proponía un escenario financiero que permitiera para los próximos cuatro años ampliar las fuentes de financiación, incrementado la participación de la Sanidad en la parte del PIB nominal, que se situaba por entonces en torno al 5%, teniendo en cuenta que los países de nuestro entorno gastaban en sanidad cerca del 8% (hoy la sanidad pública supone el 9,6 del PIB, aún por debajo de la media de la OCDE).⁴³

En resumen, los distintos informes pusieron el acento en dos problemas fundamentales, que siguen siendo recurrentes en política sanitaria: 1) el problema de la sostenibilidad financiera del sistema debido al incremento del gasto sostenido, y 2) la necesidad de flexibilizar y adaptar el modelo burocrático de gestión sanitaria. En este sentido estuvo

⁴³ Fuente: Redacción Médica, 23 julio de 2013. “Gasto per cápita, público y privado, países de la OCDE 2010.

pensada la posterior Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, con un planteamiento reformador importante que ya se visualizó en la exposición de motivos de la misma ley, apartado en el que se afirmaba lo siguiente: “la gestión de los centros y servicios sanitarios y socio sanitarios pueden llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas a Derecho; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida” en definitiva lo que se consagra es la posibilidad de optar por diferentes modelos de gestión diferente a la hasta entonces predominante “gestión directa”.⁴⁴

Se trata entonces con esta ley de amparar fórmulas diversas, diferentes que abrieran las estructuras de gestión a nuevos incentivos, y a los profesionales a la búsqueda del rendimiento, la eficacia y la responsabilidad. Para ello se prescribía como medida fundamental la “separación de funciones” (financiación, compra y provisión de servicios). La financiación debía ser pública, así como la compra de los servicios (Servicios Regionales de Salud) para aquellas CC AA con la sanidad transferida por entonces, sin embargo, la provisión podía ser pública, privada, concertada, especialmente privada considerada como más eficiente. Se defendía en suma la importación de técnicas de gestión del sector privado, externalización, subcontratación de limpieza, aparcamiento, cafetería, y demás servicios. Se busca el cumplimiento de objetivos, se mide el rendimiento a través de indicadores de gestión, se evalúa la calidad del servicio, el sistema se orienta al cliente cuyas demandas hay que satisfacer; se busca la mercantilización del servicio público; en definitiva una filosofía absolutamente coherente con los principios que en toda Europa venía defendiendo el paradigma predominante de la Nueva Gestión

⁴⁴ Se entiende por gestión directa de un establecimiento sanitario cuando los recursos, profesionales y las instalaciones son públicas, los profesionales (personal sanitario y personal auxiliar) son funcionarios públicos, y sus relaciones laborales reguladas por Estatuto Básico del Funcionario Público.

Pública (NGP).⁴⁵

Todo este afán reformador llevó a la apertura a la financiación privada de la red hospitalaria con la creación de las figuras de las Fundaciones, la subcontratación de servicios⁴⁶, la puesta en marcha en Valencia del llamado “modelo Alcira” y, posteriormente en la Comunidad de Madrid las concesiones administrativas para la construcción y explotación de hospitales públicos siguiendo el modelo Iniciativa de Financiación Privada (PFI).

En España, lo que se pone en marcha a partir de los años noventa es una reforma siguiendo los principios ya seguidos por Cataluña, y que conectaba con el paradigma internacional dominante difundido por los grandes organismos internacionales como OCDE, OMS, Unión Europea, sobre el problema fundamental de la sanidad y qué había que hacer para mejorar su gestión: control de costes, abrir el sistema a nuevos incentivos y mejorar la gestión. Con la descentralización se definen varios modelos en las Comunidades Autónomas, en principio podríamos distinguir tres modelos. El modelo catalán, muy vinculado al tercer sector en la provisión pública de servicios sanitarios, basado en los conciertos. El modelo andaluz, que podría ser el paradigma del modelo fundamentalmente público⁴⁷, de perfil socialdemócrata, en el que la provisión de los servicios sanitarios son de gestión directa, con algunas experiencias en la innovación en gestión siguiendo el modelo de empresas públicas, y conciertos, pero en ningún caso privatización o concesiones administrativas. El tercer ejemplo sería la Comunidad Valenciana que puso en marcha en 1999 una experiencia única en España en el Hospital de la Ribera en la localidad de Alcira, con el que la Generalitat subcontrató la atención primaria y especializada de toda una comarca, este es el conocido como “modelo Alcira” Y por último, el caso objeto de estudio de esta investigación que es la Comunidad de

⁴⁵ Para que estas medidas fueran aplicables, se diseñaron nuevas fórmulas jurídicas basada en derecho privado, y no derecho público, que permitía a los gestores una “huida del derecho administrativo” visto como un factor que bloqueaba estas experiencias de gestión novedosas.

⁴⁶ En este mismo sentido fueron los cambios introducidos para responsabilizar a las Mutuas Laborales no solo de la cobertura de accidentes laborales, sino también la asunción de responsabilidades de asistencia por enfermedad común, firmando acuerdos con las empresas, incluida la gestión de las incapacidades. De hecho es un paso hacia la privatización de servicios públicos.

⁴⁷ Algunos expertos entrevistados en el trabajo de campo de la investigación se han referido a este modelo como modelo INSALUD, para señalar que se trata de un modelo fundamentalmente basado en la provisión pública, con muy poca importancia del sector privado en la provisión de servicios sanitarios. Entrevista (Nº38)

Madrid que en estos momentos lidera las reformas vinculadas a la externalización y las fórmulas de concesiones administrativas y utilización de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) Colaboración Público Privada (PPP) en la prestación de servicios sanitarios, con una clara apuesta en la privatización no solo de parte de la red hospitalaria, también de la atención primaria y especializada. En el año 2012 impulsó el plan de medidas de garantías y sostenibilidad del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid que contempla (está en proceso) la externalización por la vía de concesión administrativa de 6 hospitales y 21 centros de atención primaria en la región.

En este contexto, las reformas en el sector de la sanidad pública se centraron en la preocupación fundamental por estas fechas: controlar el coste sanitario e impulsar medidas de reorganización interna para incentivar la eficiencia en la gestión pública sanitaria. Con este fin se impulsaron propuestas muy diversas, entre ellas la introducción de algunos mecanismos de liberalización del sistema y la creación de los mercados internos (*quasi markets*)⁴⁸. Esto consiste en la creación de un mercado donde no existía antes (por ser monopolios), en el que distintos proveedores de servicios compiten por un presupuesto, o un contrato, la vinculación de los proveedores públicos y privados con el principal es por la vía del contrato programa, mecanismo de articulación de la relación entre principal (administración) y los agentes (proveedores). El contrato sirve para hacer explícita esta relación y formular los compromisos y objetivos pactados de obligado cumplimiento para las partes; especialmente de los proveedores. Después de una larga experiencia en parte de los países europeos, especialmente en Reino Unido, hay evidencias suficientes de que este mecanismo de creación ficticia de un mercado no ha funcionado, lo que ha ocurrido es que los *quasi markets* han evolucionado hacia la estructuración de la relación entre actores; en España Cataluña sería un ejemplo de lo que se ha dado en llamar *mercados relacionales*. Estos mercados se caracterizan, siguiendo a Raquel Gallego (2002), por un modelo de relación basada en la cooperación entre,

⁴⁸ Este concepto hace referencia al desarrollo en el sector público sanitario de un espacio que se asemeje a un mercado en el que es posible la competencia entre los distintos actores que intervienen en la prestación del servicio público, en el entendido de que esta fórmula permite generar incentivos y mejorar la eficacia y la eficiencia en la asignación de los recursos. El principio de funcionamiento de este sistema es la competencia entre productores de servicios de salud, es decir, los prestadores de servicios sanitarios públicos y privados compiten por el presupuesto público, y otra parte del sistema asume la función de compradora de servicios a los más eficaces dentro de este mercado regulado.

financiadores y proveedores, actores que manejan recursos imprescindibles para el sistema; relaciones basadas en el largo plazo y la confianza en su colaboración. Un hecho que muestra que las reformas de la nueva gestión pública, en su implementación, han derivado en fórmulas en la que los actores han llevado el agua a su molino, y han desarrollado una experiencia de “aprendizaje de política” según la cual es mucho más beneficioso en un mercado como el sanitario, la cooperación y el desarrollo de relaciones de confianza entre actores que garantizan los insumos necesarios para la prestación del servicio, que no la competencia entre proveedores.

El problema se plantea entonces en la dosis acertada de mercado, de competencia, en unos mercados sanitarios como el español con un problema importante a la hora de implantarse en las Comunidades Autónomas, y es que estas no tienen el tamaño suficiente para estas experiencias, o para que estas experiencias puedan resultar exitosas. Además en estos mercados se da un colusión de hecho, los mercados funcionan por diferenciación de productos o servicios base de la competencia, esto en sanidad es complicado, y puede llevar a una oferta de diferenciación de servicios por la vía del *marketing sanitario*⁴⁹, es decir, diferenciarse en el mercado por la vía de ofertar confort hospitalario, tecnología punta, para captar al cliente que generalmente no será el paciente sino su familia.⁵⁰

Hoy día, en España y los países de nuestro entorno, en las democracias desarrolladas podríamos decir, el debate continúa presente, y más aún en un contexto de crisis prolongada como la que estamos atravesando, en la que el ajuste del Estado de Bienestar, y las políticas de austeridad, han puesto de nuevo en la agenda pública el problema de la sostenibilidad de los sistemas de salud. En este contexto, el mercado aparece como la institución llamada a jugar un papel que descargue o alivie al estado de las tensiones

⁴⁹ El concepto marketing sanitario se utiliza en este trabajo para ilustrar el hecho de que la oferta de servicios en estos hipotéticos mercados pueden tratar de diferenciarse por la vía de la incorporación de estrategias de venta del producto “servicio sanitario” con etiquetas propias del mercado de productos, y lo que se oferta no es tanto un buen diagnóstico, y curación, tanto como habitaciones con una sola cama, aire acondicionado, plasma, que convierten a los centros sanitarios en hoteles de la salud. En este afán puede ofertarse tecnología puntera aplicada a los tratamientos, restringidas en el sector público, en un escenario de asimetría de información, el paciente puede elegir en función de estos elementos que le aportan seguridad. El resultado puede ser contrario al esperado, una sobreoferta de tecnología costosa que redunde en los precios de los tratamientos, en definitiva para el estado.

⁵⁰ En este sentido Ortún y Del Llano, (1998) expresan “sin una medida del producto real de los servicios sanitarios (calidad de vida relacionada con salud), la eventual competencia en Sanidad se centra en incorporar los últimos equipos e instalaciones”- Estado y Mercado en Sanidad.UPF.

financieras. En base a ello, vuelven de nuevo la idea (que viene de los años noventa del pasado siglo) de la “separación de funciones” de financiación, compra y provisión de los servicios sanitarios. Sin poner en tela de juicio excepto EE UU y Holanda que el financiador y asegurador tiene que continuar siendo el estado, pudiéndose introducir cierto grado de competencia en la provisión de los servicios entre proveedores públicos y privados. En nuestro país la producción de servicios sanitarios es fundamentalmente de producción pública, en el que la fórmula más extendida es la gestión directa de los servicios sanitarios, con poca participación privada, según qué Comunidades Autónomas; tenemos casos en la que esta es elevada Cataluña, y otros, la gran mayoría, en los que es prácticamente inexistente, Extremadura por ejemplo. Esto último aconseja, según el consenso entre los expertos en impulsar la separación de funciones de financiación y provisión. A este respecto, Navarro (1995) expresa: “Cuando un historiador escriba la historia del Estado de Bienestar en los países avanzado de finales del siglo XX, va a escribir sin ningún género de dudas, que una de las intervenciones de políticas públicas más debatidas en ese periodo ha sido la separación de la función de financiación y la provisión de servicios, bien sean educativos, sanidad, servicios sociales, vivienda, y un largo etcétera”, y continúa: “en Europa el país en el que estas reformas han sido más extensas ha sido Gran Bretaña, en donde los gobiernos Thatcher entre 1988 y 1989 introdujeron una serie de reformas radicales que rompieron con la responsabilidad única de financiación y provisión de servicios”- las experiencias en este campo tanto en España (Cataluña y Madrid) como en el extranjero no son nuevas, y tampoco son privativas de los partidos conservadores o liberales, también los partidos socialdemócratas las impulsaron en Suecia⁵¹ Sin embargo el debate continúa, según Guix Oliver (2011) la gestión directa de los centros sanitarios ha demostrado ineficiencias importantes, poca efectividad. La incorporación de medidas orientadas a la flexibilización puede mejorar la organización y gestión sanitaria, pero no se puede trasladar al mercado la autoridad sanitaria ni la titularidad del dispositivo asistencial, por motivos éticos y legales.

El centro del debate estado mercado en sanidad y las propuestas de solución por la vía de la separación de funciones que lo haga posible, se fundamenta obviamente en la reducción

⁵¹ Navarro, V (1998) “El debate sobre la separación entre funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España” Gaceta Sanitaria. Vol. 09 Núm. 48

de costes para el sector público, especialmente en un contexto de crisis y ajuste fiscal radical, y la búsqueda de la eficiencia. Sin embargo, un repaso por los datos de gasto en salud en los países que han llevado a cabo reformas de provisión privada Estados Unidos y Holanda, tras las reformas, muestran lo siguiente:

repetido

PORCENTAJE DE GASTO TOTAL EN RELACIÓN AL PIB

Muestra países OCDE

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Francia	11,0	11,0	11,9	11,0	11,7	11,7	11,6	---
Alemania	11,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3	---
Italia	8,7	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Reino Unido	8,3	8,4	8,5	9,0	9,9	9,6	9,4	---
España	8,3	8,4	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3	---
Dinamarca	9,8	9,9	10	10,2	10,5	11,1	---	---
Canadá	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2	11,2

Tabla (3) Fuente: Elaboración propia a partir de Health Key Tables from OCDE 2013

En términos comparativos, los países con un sistema en el que la provisión y el aseguramiento es privado -el máximo exponente sería Estados Unidos, también podemos ver Holanda- gastan mucho más en sanidad que el resto, en el caso americano además deja fuera a una población total que supera los cuarenta millones de habitantes, es decir tiene problemas importantes de inequidad, y accesibilidad del sistema, sin embargo el porcentaje de gasto total dedicado a salud supera ampliamente a países con modelos en los que el sector público provee el aseguramiento y la provisión. Del mismo modo se puede observar cómo en los sistemas continentales (Alemania y Francia) en los que la provisión privada tiene una importancia relativa, en la atención primaria, caso francés, y especializada hospitalaria, caso alemán, supuestamente más eficientes en la gestión y la asignación de los recursos puesto que la provisión están abierta al mercado y la competencia, los datos de gasto también siguen siendo superiores a los modelos integrados, Reino Unido, España, Italia, en el gráfico.

Para finalizar este capítulo, hay que decir que los expertos (especialmente) los economistas de la salud, entienden que nuestro SNS institucionalmente heredero del INSALUD, hace tiempo que viene adoleciendo de problemas vinculados con la importante presencia del estado en la provisión pública de servicios sanitarios. Esto continúa siendo así incluso una década después de la descentralización del sistema y la puesta en marcha de reformas y experiencias de gestión de distinto alcance en las Comunidades Autónomas. Los problemas se centran en el excesivo burocratismo, sometimiento la mayoría de los centros a derecho público, con personal estatutario, y un marco organizativo poco adecuado para la naturaleza del servicio sanitario del siglo XXI.

En el caso que ocupa a esta tesis, de la Comunidad de Madrid, es precisamente un ejemplo de puesta en práctica de medidas destinadas a crear un mercado mixto a través de la incorporación de la sanidad privada y el mercado a la prestación sanitaria a través de la separación de funciones, puesto que el financiador y asegurador continúa siendo público, pero los servicios son prestados por prestadores públicos o privados, estos últimos vinculados con la administración a través de una concesión administrativa.

5.4. Ideas y Creencias sobre la salud y su protección

Según, Gil La cruz (2000), existe un conjunto de creencias arraigadas en nuestras sociedades que están interiorizadas por los ciudadanos y son las que justifican una determinada visión del mundo respecto a la salud y la enfermedad, y su tratamiento. Estas son:

- La creencia de que la enfermedad es esencialmente un problema biológico físico y que el objetivo es averiguar el origen del desajuste que provoca la enfermedad, y que la investigación biomédica puede dar solución a todos los problemas.

- Se piensa que la enfermedad es el eje del sistema y este se desarrolla alrededor de su identificación (el diagnóstico) piedra angular en la que sustentan nuevas especialidades.
- La fe sin límites en la capacidad curativa del progreso tecnológico. Se cree que los cambios en las tendencias de morbilidad y mortalidad son debidos a las mejoras consecuencia de la aplicación de nuevas técnicas y diagnósticos. Esta creencia en el progreso sin fin de la ciencia médica y sus posibilidades curativas genera una gran fe en la profesión médica.
- Ello abona la creencia en las políticas sanitarias de que es posible la generalización de estos efectos beneficiosos, independientemente del sistema sociopolítico en el que se inserta el individuo o la comunidad.

Estas creencias han penetrado profundamente en la comunidad y han favorecido la perpetuación del sistema, el ejercicio de la medicina como una profesión liberal, y que se aplique la lógica economicista de la oferta y la demanda al análisis económico del sector. Este sistema, explica Gil La cruz, está además fuertemente animado por los intereses potentísimos de la industria vinculada con los equipamientos diagnóstico – terapéutico, y la industria farmacéutica que han alcanzado niveles de expansión extraordinarios.

Por el contrario, han caído en el olvido las teorías que defienden las tesis de las raíces sociales de los problemas de salud y el necesario tratamiento colectivo de dichos problemas, que aportan soluciones comunitarias y participativas en el cuidado de la salud de la comunidad.

5.5. El aprendizaje sobre la política sanitaria en España.

El marco de las coaliciones promotoras atribuye el cambio en las políticas públicas al papel que juegan las ideas, a través del aprendizaje y la investigación, en el interior de las coaliciones promotoras, y entre las coaliciones promotoras. De ahí, que en este apartado

se trate de conocer si en el ámbito de la política sanitaria en España, y en concreto en la Comunidad de Madrid, ha sido posible el aprendizaje en el interior de subsistema de esta política pública.

En el ámbito de la política sanitaria en España se puede afirmar que si ha sido posible el aprendizaje, este aprendizaje se ha dado en particular en dos ámbitos: en el político y el ámbito más técnico vinculado a la gestión sanitaria. En el ámbito político, el aprendizaje se ha producido a lo largo del tiempo desde la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986. A pesar de que este proyecto de reforma de la sanidad pública impulsada por el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) no contó con el apoyo de ala de centro derecho del parlamento español, se ha fraguado un consenso político posterior alrededor de los valores fundamentales del modelo sanitario español, cuyos aspectos doctrinarios y valorativos lo constituyen como una política universal en la cobertura, equitativo en el acceso, financiado con impuestos y de prestación pública. Aunque es cierto, que el consenso parece resquebrajarse desde la aprobación del RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, Real Decreto impulsado por el gobierno del Partido Popular, y que rompe con uno de los valores fundamentales del modelo, la cobertura universal, al negar la asistencia a los inmigrantes sin documentación, y trasladar al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) la función de acreditar el derecho a la cobertura, que deja de estar vinculado a la ciudadanía, para estarlo a la situación laboral, al igual que en los modelos bismarkiano. Este consenso respecto al modelo de sanidad en España ha durado varias décadas, y solo se ha comenzado a quebrar como consecuencia de la crisis económica y fiscal que el país vive desde 2007, obligando a los gobiernos a recortar, especialmente, en políticas de bienestar. Este consenso ha sido posible gracias al aprendizaje operado entre coaliciones promotoras, como consecuencia de los buenos resultados obtenidos por el Sistema Nacional de Salud desde su existencia en términos de mejora de la salud de la población y, muy especialmente, por el respaldo mayoritario por parte de la población.

En el ámbito técnico de la gestión del sistema sanitario es el que también se ha producido aprendizaje. Este aprendizaje se ha visto especialmente amplificado como consecuencia

de la descentralización de la política sanitaria en 2002, y la asunción por parte de las CC AA de la responsabilidad en la gestión sanitaria. Ello permitió que las regiones experimentaran e innovaran en fórmulas y modelos a la hora de organizar y gestionar los recursos públicos sanitarios.

Cataluña fue la región que primero recibió las competencias en gestión sanitaria, incluso antes de ser aprobada la Ley General de Sanidad; ya con un modelo distinto puesto que existían los conciertos públicos con hospitales y clínicas privadas, y la participación privada en la sanidad era algo que venía de lejos. Abanderó el modelo de gestión denominada “colaboración público privada” que hoy día representa el 25% del dispositivo sanitario catalán. Por su lado, otras regiones como Andalucía, que inició su andadura en la gestión sanitaria en el año 1991, desplegó un modelo fundamentalmente público, que introdujo innovaciones como las empresas públicas (entes de derecho público), y las Fundaciones, en la gestión sanitaria. En la introducción de las Fundaciones en la gestión de servicios sanitarios fue pionera la Comunidad Autónoma de Galicia. Y por último, Valencia y Madrid, innovaron en la introducción en España de las concesiones administrativas (la Iniciativa de Financiación Privada) para la construcción y la prestación de servicios sanitarios; en este aspecto la Comunidad de Madrid ha sido la región abanderada, habiendo construido hasta 12 hospitales nuevos en una década, todos ellos siguiendo el modelo PFI, y la concesión administrativa; uno de ellos, siguiendo el denominado modelo Alcira (en el que los servicios externos y los clínicos; las batas blancas) son prestados por personal perteneciente a empresas privadas, no dependientes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Sin embargo, consideramos que no ha habido aprendizaje entre coaliciones promotoras en lo relativo a las bondades, ventajas y desventajas de un modelo de gestión netamente público, o de colaboración público privada. Ello es consecuencia de que no hay evidencias fiables aportadas por la comunidad científica al respecto; unos, los portadores de la bandera de las reformas de mercado en la sanidad, sostienen la bandera de la eficacia, eficiencia, y la calidad, de la gestión privada en la sanidad; y que la opción de la gestión pública es burocrática, por tanto lenta, ineficaz y ausente de calidad. Por su lado, los defensores del sistema de prestación pública, niegan que el uso de recursos como las

concesiones administrativas, PFI, y las externalizaciones de obras y servicios hagan más eficaces y eficientes, incluso en términos económicos, el sistema, y niegan que haya evidencias sobre estas virtudes. Por tanto, la controversia se centra en unos valores que afectan, tomando la idea del marco de las coaliciones promotoras, al núcleo de la política; asentado este en valores con creencias firmes, difíciles de cambiar como consecuencia del aprendizaje. Esto mismo lo veremos en el capítulo séptimo, en el que se identifican estas creencias vinculadas al núcleo de la política, que son axiológicas para los actores, e innegociables.

5.6. Cambios en la realidad social, estructura social y valores respecto a la sanidad

La sociedad española ha cambiado radicalmente de perfil demográfico, y la estructura social con la que el país comenzaba la década de los setenta nada tiene que ver con la estructura social y demográfica del país a principios del siglo XXI. Según González y Requena (2014) estos cambios se vinculan a tres factores fundamentales: la fecundidad, mortalidad y las migraciones. Estos tres elementos han cambiado totalmente el perfil demográfico con las consecuencias que ello tiene para las transformaciones sociales, también por las tensiones que impactan sobre las políticas de protección social, especialmente pensiones y sanidad.

En este orden de cosas, hay que decir que la tasa de fecundidad en España hoy es de las más bajas de Europa, hasta el punto de que no se llega a la tasa de reposición. Por su lado, la esperanza de vida se ha prolongado hasta el punto de que España es uno de los países del mundo, junto con Japón e Italia, con la mayor esperanza de vida, lo que implica que la pirámide de población se ha estrechado en la base y se ha ido ensanchando en la cúspide. En consecuencia, ha cambiado totalmente el panorama en relación a las migraciones. España era un país que en la década de los sesenta y setenta exportaba emigrantes a otros países, especialmente Latinoamérica y Europa. Las migraciones interiores se producían de las zonas rurales a las zonas industriales, principalmente el País Vasco, Madrid, y Cataluña. En la actualidad este tipo de migraciones interiores ha desaparecido, existiendo en los últimos años un retorno hacia el campo desde la ciudad.

Estos procesos de transición demográfica están ligados a transformaciones políticas, sociales y económicas: la industrialización de los primeros años sesenta y setenta, a partir de la modernización de la economía y el sistema productivo, fruto entre otras cosas de una cierta apertura del régimen, y el progreso social y económico espectacular conocido en las décadas siguientes, especialmente los años noventa y dos mil. Como enfatizan González y Requena (2014) son la consecuencia de la modernización del país, que pasó de una sociedad agrícola y rural, a una sociedad en la que se fue haciendo más importante los sectores industriales y de servicios en la economía, la urbanización de la población que pasó a residir en su gran mayoría en las grandes ciudades, especialmente en el litoral, quedando el campo despoblado, y la agricultura en gran medida abandonada. Estos factores han sido acompañados de un progreso político y material de la población, el acceso democratizado a la enseñanza y la universidad, reduciéndose drásticamente los niveles de analfabetos de los primeros años setenta. Esta modernización social ha comportado también cambios en los estilos de vida y en los hábitos sociales de los españoles, equiparándose a los estilos de vida y actitudes y valores muy similares a los ciudadanos de los países de nuestro entorno europeo y el resto de sociedades avanzadas.

Por lo que respecta a la salud, hay que decir que estas tendencias sociales, ligadas a la ampliación de la esperanza de vida y la reducción drástica de la mortalidad infantil, han condicionado las políticas de protección de la salud. Por otro lado, el envejecimiento de la población y la esperanza de vida tan prolongada son factores que presionan de forma muy importante sobre el sistema sanitario, a ello se suma la inmigración. Como se ha dicho, nuestro país en la década de los ochenta pasó de ser un país exportador de migrantes a otros países, a convertirse en un país receptor, y por ello convertirse en uno de los países que mayor número de inmigrantes ha recibido en un corto plazo de tiempo. Esta recepción de población se experimentó especialmente en las tres últimas décadas, los años noventa y dos mil, hasta la llegada de la crisis de 2007, en el que se produjo una inflexión cambiando el sentido de las migraciones. Muchos inmigrantes comenzaron a partir de entonces a retornar a sus países de origen, y muchos jóvenes españoles comenzaron a marcharse al extranjero en busca de un futuro mejor.

Estos cambios sociales han estado acompañados de transformaciones en los valores y actitudes de los españoles respecto a la salud y su cuidado. La política de protección de la salud desarrollada en nuestro país a través de los servicios públicos universales, a ello contribuyó especialmente la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, ha sido un logro muy valorado por la sociedad española. De hecho, recurrentemente es uno de los servicios más valorados en las encuestas periódicas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Por otro lado, en las sociedades postmodernas, de las que España forma parte, la salud y su cuidado se han convertido en un valor casi obsesivo, de forma que el uso excesivo de los servicios médicos (el caso paradigmático serían las urgencias) y la medicalización de la población, especialmente la población mayor es un rasgo que comparte con los países de nuestro entorno. A ello se suma el desarrollo tecnológico aplicado a la medicina, y el encarecimiento de los tratamientos, que hacen que el sistema reciba una presión desconocida décadas anteriores desde el punto de su sostenimiento económico. Por último, hay que señalar que el buen funcionamiento, con carácter general de los servicios sanitarios gestionados por las Comunidades Autónomas, ha favorecido la ampliación de la demanda, al tiempo que generado unas expectativas sociales excesivas respecto a la capacidad del sistema sanitario para curar la enfermedad. En las sociedades modernas, de hecho, la enfermedad es una situación que culturalmente se niega, así como la muerte, y que la medicina han contribuido a convertirla en un trámite lo menos doloroso posible, así como la enfermedad. Por último, el envejecimiento de la población ha obligado a los servicios sanitarios españoles a cambiar su perfil adoptando una estructura cada vez más preparada para hacer frente a los problemas de una población envejecida, por tanto sobran paritorios y matronas, y hacen falta geriátricos. Las necesidades y el tipo de público de los servicios hospitalarios están cambiando, así como el perfil de profesionales sanitarios que demanda esta nueva realidad social.

5.7. Marco legal básico y descentralización de la política sanitaria en España

La política sanitaria española conoce su génesis en el siglo XIX con los primeros intentos del Estado por intervenir en la provisión pública del cuidado por los riesgos de enfermedad y accidentes, hasta entonces en manos de la Iglesia, monopolizadora de la atención para la salud producto de la caridad cristiana, y no de un derecho social. Así, se

promulgaron distintas leyes con desarrollos desiguales y fortunas, en ocasiones, truncadas. Ya en 1822 se aprobó la primera ley que trata de racionalizar los recursos asistenciales existentes en nuestro país, con la pretensión de otorgar un enfoque global de la asistencia sanitaria. Esta ley no llegó ni tan siquiera a aplicarse; con posterioridad, en 1824 y 1833 hubo otros dos intentos normativos destinados a estructurar la beneficencia, con resultados muy limitados, porque escasos fueron también los recursos destinados a esta política. Avanzado el siglo XIX continuaron los intentos por estructurar la beneficencia que culminaron con la aprobación de la Ley General de Beneficencia de 1849: una norma que conseguía por parte del estado controlar y coordinar de forma centralizada las redes asistenciales, en las que la Iglesia había perdido paulatinamente protagonismo, debido entre otras razones a la desamortización de Mendizábal, que despojó al clero de gran parte de su patrimonio, viéndose obligado a dejar en manos del estado gran parte de la red asistencial bajo su control.

En términos normativos, sería con la Restauración (1876-1923) la época en la que se dieron las condiciones ideológicas y políticas para el desarrollo de las grandes leyes que articularon una política clara y definida (con sus lagunas) destinadas a la protección de las situaciones de riesgos sociales⁵²: Nacen los seguros de enfermedad, vejez, incapacidad laboral, maternidad, etcétera. En 1883 se crea la Comisión de Reformas Sociales que avanzaría los trabajos para la aprobación de la primera Ley de Accidentes de Trabajo (1900) y la creación del Instituto de Reformas Sociales (1903) germen institucional de lo que posteriormente fue el Instituto Nacional de Previsión (INP) creado en 1908 con el objetivo de favorecer la obligatoriedad del aseguramiento por enfermedad y accidentes

⁵² En España los seguros sociales, destinados a la protección en situaciones de riesgos, aparecieron un poco más tarde que en Europa central, debido al retraso de nuestro país en la revolución industrial, contexto en los que aparecieron los seguros y las mutuas profesionales destinadas a proteger a los obreros industriales en situaciones de enfermedad, accidente laboral o incapacidad. Se dice que se dan las condiciones ideológicas y políticas porque impactan en España las corrientes liberales y de intervención del Estado en la economía y la protección social. A finales del XIX el canciller alemán Otto von Bismarck impulsa las tres famosas leyes para proteger a los obreros en situaciones de riesgos de enfermedad, invalidez o accidentes de trabajo. En el entendido de que la inminente lucha de clases hacía necesario una respuesta por parte del Estado, en sociedades por otro lado, crecientemente industrializadas y urbanizadas, en las que las desigualdades iban en aumento. Estados como el alemán, de rasgos autoritarios buscaban legitimarse (a falta de derechos y libertades civiles, buena era la “seguridad”) esto mismo lo comprendió bien el régimen de Franco que con menos fortuna trató de aplicar la misma política. En España tres movimientos ideológicos explican el impulso de la protección social, según Guillén (1996) y fueron: 1) El krausismo, defensores de una intervención social amplia por parte del estado, 2) Parte de la Iglesia Católica, la que apoyó la doctrina social de la misma (encíclica Rerum Novarum) 3) los conservadores “canovistas” defensores de las políticas sociales del canciller alemán mencionadas.

de trabajo, financiados por el estado para aquellos trabajadores sin recursos⁵³. Con posterioridad la protección social avanzaría en el sentido de ampliar la protección de los trabajadores, así se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para trabajadores industriales con salarios bajos, financiado por el estado. Igualmente se ampliaron la cobertura a los periodos de maternidad, o invalidez. En 1931 con la Segunda República Española, la Constitución Republicana en su artículo 46 señalaba: “*la República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias para una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte*”. En este periodo entró en vigor el seguro obligatorio de enfermedad, se avanzó en la creación del Seguro Obligatorio Unificado destinado a cubrir un amplio espectro de situaciones (invalidez, vejez, maternidad, enfermedad, muerte). Sin embargo estas reformas, fruto del espíritu reformista de los gobiernos de la época en materia social, se truncaron como consecuencia del estallido de la Guerra Civil en 1936, justo cuando se acababa de aprobar el modelo de seguro de enfermedades profesionales.

A lo largo de la dictadura, en 1942 se aprueba la Ley de 14 de diciembre SOE, y en 1963 se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social, se sumaría al Seguro Social por Desempleo de 1961, dispositivos instituciones destinadas a consolidar una incipiente política social cuyo objetivo fundamental era legitimar el régimen, ya que no tenía legitimidad de origen. Sin embargo, aunque hubo intentos unificadores de los distintos regímenes y coberturas, continuaron coexistiendo durante toda esta etapa tres regímenes distintos: los seguros privados (*iguales*), la asistencia por la Seguridad Social, y la Beneficencia. En palabras de Guillén (1996): “realmente nunca hubo una voluntad de unificación y se mantuvieron las diferencias coexistiendo diversos regímenes, coberturas, y entes gestores”. En este sentido cabe señalar que la dictadura, como ocurriría con la Iglesia en los aspectos educativos, tenía delegada la definición y organización de la política sanitaria en los profesionales médicos, con un poder delegado y unos intereses

⁵³ El INP desde su creación hasta su desaparición en 1978, fue un órgano gestor de seguros sociales, el de mayor entidad. Sus fines eran el de favorecer e inculcar la previsión popular, especialmente las pensiones de retiro. Este organismo desaparecería en la etapa democrática coincidiendo con la aprobación del Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud, y el Empleo. Poniendo fin al INP y su gestión del mutualismo laboral. En consecuencia se separaron las funciones de Seguridad Social y Sanidad, y Empleo, y aparecieron los órganos gestores al efecto: el IMSERSO, INSS, INSALUD, el INEM y la Tesorería General de la Seguridad Social como servicio común para todos ellos.

muy claros respecto a cómo debía articulase el sistema.

5.7.1. Periodo Democrático

Con el cambio de régimen se producirán en la política sanitaria española las transformaciones más importantes que la configuran tal y como la conocemos en la actualidad. Como se acaba de señalar, de la Dictadura se heredó un sistema sanitario fragmentado, en el coexistían regímenes diversos, con una absoluta descoordinación, en base a la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Según la cual el estado se hacía cargo de la salud pública y mental, y el individuo se hacía cargo de las situaciones de enfermedad que le sobrevinieran a lo largo de su vida. Para ello tenía la posibilidad de contratar seguros públicos, mutualidades profesionales o acudir (los excluidos) a los hospitales de la Beneficencia.

En democracia, la Constitución Española de 1978, en su Título Primero de los derechos fundamentales, reserva su Capítulo Tercero, a los principios rectores de la política social y económica. Además el artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos españoles, dentro de los principios rectores de la política social y económica, y se encomienda a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas destinadas a la prevención, asistencia y puesta en marcha de los mecanismos y servicios necesarios destinados a proteger la salud. En último lugar, el art. 49 recoge la atención especializada de los colectivos de disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, como un derecho de los españoles, no como sujeto de la caridad de los demás, en una apuesta clara por su dignidad como seres humanos.

Por su lado, el título VIII de nuestra *Carta Magna*, en su capítulo tercero, establece un reparto de competencias entre los distintos poderes públicos. El artículo 148 hace referencia a que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de Sanidad e Higiene, quedando, según lo expresa el artículo 149, bajo la responsabilidad del Estado la Sanidad Exterior, las Bases y Coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. En materia de Sanidad Exterior está prevista

la obligada colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas en la Ley General de Sanidad (aprobada con posterioridad) En relación con la legislación sobre productos farmacéuticos, la Ley del Medicamento recoge esta materia como competencia exclusiva del Estado, y la responsabilidad de su ejecución recae en las Comunidades Autónomas. En cuanto a las Bases de la Sanidad, el Estado se reserva las competencias para el establecimiento de normas que fijen condiciones y requisitos mínimos, con el objetivo de conseguir una igualación básica de condiciones generales del servicio público sanitario.

Después de la Constitución, el instrumento jurídico que tendría un gran impacto en la ordenación del sistema y su calidad, fue el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud, que insufló un cambio extraordinario, para la racionalidad e integración del sistema, creando las Zonas Básicas de Salud, y los Equipos de Atención Primaria. Se crearon los Equipos Multidisciplinares (Equipos de Atención Primaria) la Zonificación del territorio en áreas de Salud, vinculadas a un Centro de Salud, y Ambulatorios y Hospitales de Referencia. En este sentido, algunos de los entrevistados, reflexionó sobre la idea de que esta norma introdujo en el sistema sanitario español uno de los cambios más importantes, de mayor calado e importancia desde el punto de vista de los resultados en salud, más que la propia Ley General de Sanidad, aprobada, dos años después⁵⁴.

En el ámbito de estos dos grandes marcos jurídicos, la sanidad pública, encuentra su desarrollo legislativo posterior en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad – ley general y por tanto de obligado cumplimiento para todas las Comunidades Autónomas. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, y la Ley de Bases de Régimen Local, en las que las Cortes Generales establecen las bases y la coordinación general de la Sanidad en España, y definen un Sistema Nacional de Salud que en estos años se ha consolidado como un buen instrumento al servicio del cumplimiento del objetivo de salud. La Ley General de Sanidad merece una especial atención porque ha sido el instrumento legislativo fundamental en el ordenamiento jurídico español, destinado a hacer efectivo los preceptos constitucionales.

⁵⁴ (Entrevista nº35) “Realmente deberíamos pensar sobre la idea de que lo que cambió de manera sustancial la política sanitaria española, no fue tanto, que lo fue, la Ley General de Sanidad, como el Real Decreto que creó la Estructuras Básicas de Salud, esta fue la verdadera revolución desde el punto de vista de los objetivos de salud.

Así mismo trataba de ordenar la situación heredada, como se ha dicho, la política sanitaria en España adolecía de un marco regulatorio disperso, preconstitucional en su gran mayoría, que no definía un modelo institucional y organizativo claro para la sanidad.

En efecto, por un lado coexistían situaciones heredadas vinculadas a los aseguramientos privados, la existencia de hospitales de titularidad heterogénea, en el que se había hecho un gran esfuerzo, pero no dejaba de ser un sistema que no articulaba un modelo definido de protección de la salud, como señalaba el mandato constitucional. En este sentido la Ley General de Sanidad de 1986 vendría a cumplir esta función, integradora y articuladora de un modelo que fue el Sistema Nacional de Salud, fundamentado en los principios de universalidad de la cobertura, equitativo en cuanto al acceso, financiado con impuestos (modelo Beveridge)⁵⁵ de prestación fundamentalmente pública a través de una red pública de centros⁵⁶; en definitiva un modelo que seguía la estela de los Servicios Nacionales de Salud. Estas bases fundamentales, establecidas en la ley, no se aplicarían inmediatamente, la universalización, por ejemplo, se desarrollaría paulatinamente, igual que la financiación por la vía de los impuestos generales que no se alcanzaría hasta 1999, sustituyendo a las cotizaciones a la Seguridad Social, como principal fuente de financiación. Sin embargo, recientemente, este modelo de *cobertura universal* conoce cambios hacia el modelo bismarkiano, aplicando restricciones destinadas a limitar el acceso de los inmigrantes, este es el objetivo del Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril, que restringió el acceso a los inmigrantes en situación irregular, y las familias de alto poder adquisitivo, con lo que se consigue vincular la condición de asegurado al estatus de asegurado o beneficiario, y no de ciudadano o residente.⁵⁷

⁵⁵ En Europa existen básicamente dos modelos sanitarios. El modelo Bismarkiano que creó 1883 en Alemania el Canciller Otto von Bismark, también lo encontramos en países como Francia. Se trata de un modelo financiado con cotizaciones sociales, todos los trabajadores están obligados a tener un seguro, se basa en una red hospitalaria privada en el nivel primario, y pública en nivel especializada no vinculada a las aseguradoras, con la singularidad del reembolso, ya que se basa en la existencia de Aseguradoras profesionales o Mutualidades que reembolsan al paciente una parte de los tratamientos, nunca el cien por cien. El modelo Beveridge que copia el Sistema Nacional de Salud español, es un modelo universal en la cobertura, financiado con impuestos, no con cotizaciones sociales, de aseguramiento público, y prestación en centros públicos de atención sanitaria: es el modelo de Reino Unido, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Islandia, Italia, Portugal y España, entre otros.

⁵⁶ Así lo señala Luciano Parejo, -“la Ley 14/1998, de 25 de abril, General de Sanidad, incorporó al Sistema Nacional de Salud un modelo de organización de los centros y servicios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social”. Parejo Alfonso, L. en Constitución Sistema Nacional de Salud. Acta de las Jornadas de Estudio celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid. La organización de los Servicios Públicos Sanitarios (2000) Marcial Pons. Madrid.

⁵⁷ El Decreto Ley 16/2012 modifica uno de los principios fundamentales del modelo sanitario español desde la Ley General de Sanidad, puesto que la atención sanitaria deja de ser un derecho vinculado al estatus de ciudadano español

A los efectos de esta investigación, es muy importante resaltar que, en términos organizativos, la Ley General de Sanidad definió un modelo en el que el Sistema Nacional de Salud (SNS) gira en torno al eje de las Comunidades Autónomas, por tanto se trata de un sistema descentralizado en la concepción de origen, de tal forma que se entiende que dicho sistema está compuesto por todos los Servicios Regionales Salud (SRS) que a su vez por precepto de la propia ley debe integrar todos los dispositivos sanitarios en manos de Ayuntamientos, Diputaciones, y la propia CC AA, o sus entidades intracomunitarias (léase órganos comarcales); de hecho la ley prescribe la participación de los gobiernos locales. Es muy importante señalar, siguiendo a Parejo (2001), que la citada ley define el instrumento destinado a la protección de la salud en España, como un "Sistema Nacional de Salud" y no "Servicio" se trata de un matiz importante en la medida en que en el articulado se reconoce y ampara el ejercicio privado de las profesiones médicas, la actividad de centros privados, incluso la colaboración a través de acuerdos o conciertos entre centros públicos y privados, por tanto no establece un monopolio público del servicio.

El objetivo de esta reforma era ganar en uniformidad del sistema, integrar redes, mejorar la coordinación y racionalizar el sistema, para mejorar el cumplimiento de los preceptos constitucionales y mejorar en objetivo y calidad del servicio. Por último, dedica el Título Segundo a definir las Competencias de las Administraciones Españolas, (LGS, 1986) cuyo Capítulo Primero expone cuáles son las competencias del Estado, básicamente: la Sanidad Exterior, Bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos.

En cuanto a política de medicamento, esta es una competencia exclusiva del estado, que desarrolla a través de la Ley del Medicamento, y las competencias de las CC AA están en el desarrollo de la citada ley. Las bases de sanidad es un principio dispositivo según el cual la Administración central tiene la potestad exclusiva de la definición de las

o residente en España, sino vinculado al estatus de asegurado o beneficiario, aunque se continúa manteniendo la financiación vía impuestos y no por cotizaciones sociales. Supuso de hecho una incursión en uno de los valores fundamentales del sistema, la cobertura universal.

condiciones y requisitos mínimos exigibles a los Servicios Autonómicos de Salud, en las prestaciones sanitarias, ello con el objetivo de que exista un cierto grado de equidad entre la población de los diferentes territorios. En lo referente a la Coordinación de la Sanidad es competencia igualmente exclusiva del Estado, y esta consiste en los medios y sistemas de relación que permitan la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos, la coherencia de acción de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias para la integración de los actos parciales en la globalidad del sistema. Para lograr esta coordinación, la Ley General de Sanidad creó un órgano que es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en el que están representadas todas las Comunidades Autónomas, y el Gobierno Central, y en el que se definen y aprueban las pautas de la política general del Sistema Nacional de Salud (SNS).

5.7.2. Cambios normativos desde la década de los noventa a la actualidad

En los años noventa se produjo el definitivo asentamiento de los aspectos fundamentales de la Ley General de Sanidad, en términos institucionales se integraron las redes asistenciales dependientes del INSALUD y de los Servicios Regionales de Salud de las Comunidades Autónomas transferidas, en la primera ronda de transferencias, es decir, las que lo hicieron por la “vía rápida” nacionalidades históricas y asimiladas. Por su lado se fue completando la universalización de la cobertura y la financiación por la vía de los impuestos. En esta misma década y, como consecuencia de la crisis económica del momento, se introdujo en Europa la necesidad de reformar los sistemas de bienestar, también en los sanitarios, se comenzaron a introducir medidas racionalizadoras. Fruto de esta oleada reformadora fue el Informe Abril (1991) y el Informe Romay (1997) y la Ley 15/1997 de 25 de abril de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud. Unos años antes se aprobaron dos leyes con un impacto importantísimo en el sistema, como fueron la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Una ley que buscaba regular el sector farmacéutico en nuestro país, por primera vez, siguiendo el tono de las legislaciones avanzadas en Europa y el mundo. De tal forma que se conseguía transponer la normativa comunitaria en esta materia, se recogían normas de calidad de los productos farmacéuticos, y se incluyeron aspectos ligado al uso racional de las medicinas, análisis de la eficacia, y evaluación, investigación.

Finalmente, establecía una política de intervención en los precios de los mismos, ante el imparable consumo de los mismos y la presión sobre el gasto que ello suponía.

Por su lado, la Ley 15/1997 de nuevas formas de gestión, trataba de introducir innovaciones en los aspectos de gestión directa de los centros públicos sanitarios, que a partir de la aprobación de esta ley podían hacer de forma directa o indirecta siguiendo cualquier fórmula admitida en Derecho, a través de entes interpuestos como empresas públicas, consorcios, fundaciones, u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer acuerdos con personas o entidades públicas o privadas, de gestión integrada o compartida. El objetivo final de la ley era favorecer la flexibilidad en la gestión de los servicios sanitarios, y autonomía. En definitiva, era un instrumento que tenía como finalidad proponer soluciones destinadas a atajar los problemas observados en el sistema, puestos de manifiesto reiteradamente en los informes elaborados, que criticaban la excesiva burocratización de la gestión pública de los servicios sanitarios⁵⁸.

Con posterioridad la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, redefine el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que pasa a definirse como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, entre ellos, y de estos con el Estado, cuya misión fundamental (recogida en la ley) es la cohesión de todo el sistema para garantizar de forma efectiva los derechos de los ciudadanos respecto a su salud en todo el territorio del estado⁵⁹. Hay que añadir que el objetivo global de esta era la de dar coherencia y favorecer la coordinación de todo el Sistema Nacional de Salud, una vez que se había completado la descentralización del sistema, a partir de enero de 2002. Sin embargo, en palabras de los expertos, fue una ley que despertó mucho interés, salió del parlamento con un apoyo mayoritario de los grupos, excepto Coalición Canaria disconforme con los aspectos referidos a la financiación, pero no ha logrado, según Rey del Castillo (2003), encauzar los problemas fundamentales del

⁵⁸ Esta ley fue fruto de un acuerdo entre PSOE y PP puesto que existían un consenso básico entre los dos grandes partidos en torno a la idea de que había que modernizar la gestión pública sanitaria, y esta ley era un instrumento que introducía flexibilidad y autonomía a las partes del sistema sanitario. Celia Martín de Argenta (Entrevista N° 5) Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid.

⁵⁹ BOE número 128, 28 de mayo de 2003, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Sistema Nacional de Salud tras su descentralización completa. Es decir, los problemas de coordinación subsisten porque la ley no ofreció instrumentos eficaces que hiciera posible esta coordinación Estado Comunidades Autónomas, cuando se puso sobre la mesa un proyecto de ley de coordinación que ponía en manos del gobierno central verdaderas capacidades en este sentido, las Comunidades se resistieron al acuerdo porque vieron en este proyecto un intento del estado de restringir su autonomía y libertad de funcionamiento. Por ejemplo, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que esta ley concibió como el máximo órgano de coordinación, sin embargo, sus acuerdos no son vinculantes para todas las regiones, por tanto el grado de eficacia queda muy limitado, y la capacidad de coordinación por parte del Estado⁶⁰. Por tanto la aprobación de esta ley con mayoría parlamentaria fue un triunfo para el Ministerio y el Gobierno del momento, que pudo capitalizar el acuerdo, pero que no resolvía los problemas de gobierno de un sistema sanitario descentralizado⁶¹.

El siguiente marco jurídico de referencia es el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid⁶² el cual en su Título II, artículos 27.4 y 27.5, hace mención a que en el marco de la legislación básica del Estado son competencias de la Comunidad de Madrid, el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de Sanidad e Higiene y la coordinación hospitalaria en general, incluida la Seguridad Social. Asimismo el artículo 28.1.1 precisa que la Comunidad de Madrid tiene competencias para desarrollar la legislación estatal en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en la materia 17ª del apartado 1 del artículo 19 de la Constitución Española, reservándose el Estado la Alta Inspección.

Por todo ello la Comunidad de Madrid, según la competencia general sobre desarrollo legislativo y ejecución de que dispone a partir de las transferencias, tiene la capacidad de organizar y administrar en su territorio todos los servicios relacionados con la sanidad y

⁶⁰ Probablemente el valor político del texto legal, al ser aprobado por unanimidad en las Cortes, haya sido, a juzgar por los resultados, el mayor valor de esta ley que en su tramitación en el parlamento admitió todo tipo de enmiendas que pusieron en riesgo la efectividad de la misma, y sus beneficios para el propio SNS.

⁶¹ Del Rey Castillo, Javier “Algunos comentarios para el análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS” Revista de Administración Sanitaria. Vol. 1 Núm.3 2003. S.XXI.

⁶² La Comunidad de Madrid, obtuvo su estatuto de Comunidad Autónoma por Ley Orgánica, aprobada en las Cortes Generales. Ley 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. Este Estatuto se ha visto reformado en dos ocasiones, en por L.O 10/1994, y L.O 5/1998.

ejerce la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia de sanidad y Seguridad Social. El Estado se reserva la Alta Inspección de las funciones y competencias transferidas.

La Comunidad Autónoma de Madrid recibió las competencias en materia sanitaria a partir de la aprobación del RD 1479 de 2001, de 27 de diciembre, sobre traspasos a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). Dicha norma creaba la Comisión Mixta de Transferencias Estado-Comunidad de Madrid según lo previsto en la segunda disposición transitoria del Estatuto de Autonomía, al término de cuyas negociaciones el gobierno regional recibió las competencias en sanidad pública en enero de 2002. Previamente el parlamento regional aprobó en diciembre de 2001 la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)⁶³ que desarrolla la normativa estatal en el marco de sus competencias en el territorio de la Comunidad de Madrid. Esta ley introduce algunas innovaciones incorporadas en ley: la centralidad del ciudadano en la organización del sistema, la separación de funciones administrativas y asistenciales. Pero, y esto es lo importante, entre las funciones principales del sistema (financiación) que recae en el texto de la administración a través de su Red de Agencias Sanitarias; la función de compra de servicios responsabilidad del Servicio Madrileño de Salud, y la función de provisión responsabilidad de la Red Sanitaria de Utilización Pública, constituida por red pública y privada (esta última previamente acreditada).

Además de esta norma básica de ordenación sanitaria en la Comunidad Autónoma, los sucesivos gobiernos autonómicos han desarrollado una intensa producción normativa destinada a regular diferentes aspectos del sector sanitario. Así, cabe mencionar por ejemplo la Ley 7/2004 de Medidas en Materia Sanitaria, por la que se modifican algunos aspectos de la LOSCAM. Por ejemplo, se suprimió la dirección general del Instituto de Salud Pública, se fusionan los Consejos Asesores de Formación e Investigación, y asesoramiento, en uno solo. Además autoriza al gobierno regional para suprimir todos los Entes Públicos, previstos en la Ley de Ordenación Sanitaria. Por su lado la Ley 6/ 2009

⁶³ BOE 0055 de 05/03/2002 Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

de 16 de noviembre, de Libre Elección de la Sanidad en la Comunidad de Madrid. Para el ejercicio de esta libertad de elección de Centro, Médico, en Atención Primaria, y Hospital, en la especializada, se modifica y crea en la Comunidad de Madrid un *Área Sanitaria Única*, de forma que médicos y pacientes pueden moverse en función de la demanda. A continuación se aprobaría el Decreto 52/2010, de 29 de julio, de Estructuras Básicas Sanitarias y Directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Se crea el Área Única, se reorganiza la gestión en base funcional y no territorial, en base a gerencias con funciones específicas: atención primaria, servicios de gestión y servicios generales, y directores de centros de salud, a los que se les otorga una gran autonomía en la gestión de los contratos programas, y los recursos humanos y materiales de sus respectivos centros.

La última norma aprobada por la Comunidad de Madrid, es de gran importancia e impacto en el sistema sanitario madrileño. Se trata de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas. En su título V artículo 47 hace referencia a la configuración organizativa del Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. En su artículo 62 hace referencia a la reordenación de varios hospitales, entre ellos: el Hospital Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Hospital del Sureste, Hospital del Henares y Hospital del Tajo. Se regula la flexibilidad en cuanto a la movilidad del personal sanitario a lo largo y ancho de la geografía de la Comunidad de Madrid. En definitiva, se ampara cualquier forma de gestión que permita el uso eficiente de los recursos para hacer frente al contexto de crisis, en el que se justifican estas medidas. Finalmente, el artículo 48 se dedica a la jubilación forzosa del personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud. La Orden 199/2013 de 22 de marzo, aprueba el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud y hace efectivas tales medidas, en virtud de las cuales se jubilan forzosamente los médicos y se regulan las situaciones de prolongación del servicio para el personal estatutario.

ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS EN LA REGULACIÓN DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA ESPAÑA DEMOCRÁTICA

1978	Aprobación de la Constitución Española
	Se crea el Instituto Nacional de Salud (INSALUD)
	Comienza las primeras transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas. Cataluña recibe las transferencias
1981	Creación del Ministerio de Sanidad como administración autónoma de los servicios sanitarios
1984	Reforma de la atención primaria (Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud)
1986	Aprobación en el parlamento de la Ley General de Sanidad (Se apuesta por un modelo inspirado en los Servicios Nacionales de Salud)
	Se completa la transferencia en materia de salud pública a las Comunidades Autónomas, este proceso había comenzado cinco años antes
1988	Se crean los Consejos de Salud de zona, que serán los primeros órganos de participación ciudadana en materia de salud
1989	Según lo previsto en la ley cambia la fuente de financiación de la sanidad y pasará a financiarse con los impuestos generales , y no con las cotizaciones a la Seguridad Social
	La cobertura sanitaria se ampliará a los ciudadanos que no han cotizado a la seguridad social y con rentas bajas
1991	Se presenta en el parlamento el Informe Abril , en el que se evalúa la situación de la sanidad española. En dicho informe se recomiendan la contención de los costes y reformas de tipo organizativo. Separación de Funciones, Colaboración Público Privada
1993	Se introducen cambios como la libre elección de médico de cabecera y pediatra
1995	Se aprueba el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud
	El Ministerio de Sanidad publica su primer Plan de Salud
1996	El Instituto Nacional de Salud introduce la libre elección de especialistas en un gran número de especialidades
	Se publica el decreto ley que autoriza nuevas formas de gestión para los centros sanitarios
	Se amplían los márgenes de la colaboración con las mutuas laborales, especialmente en lo referido a las bajas laborales que serán gestionadas por las mutuas profesionales
1997	Ley de nuevas formas de gestión de los centros sanitarios dependientes del INSALUD
2000	Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero , sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Se recoge el derecho de los extranjeros a la atención sanitaria

2001	Traspaso de las competencias en la organización y gestión de la asistencia sanitaria a las diez Comunidades Autónomas que carecían de esta competencia, incluida la Comunidad de Madrid
2002	Aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria en la Asamblea de Madrid , y comienzo de la andadura del gobierno de la sanidad pública por el gobierno regional
2003	Se aprueba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Decreto Ley 16/2012 modifica uno de los principios fundamentales de lo que había sido el Sistema Nacional de Salud desde la Ley General de Sanidad de 1986, puesto que ya no es un derecho vinculado al estatus de ciudadano español o residente en España, sino vinculado al estatus de asegurado o beneficiario, aunque se continúa manteniendo la financiación vía impuestos y no cotizaciones sociales.
2004	Se aprueba la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Medidas en Materia Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Se suprime el Instituto de Salud Pública. Se crea un solo Consejo Asesor en materia de Formación e Investigación y se autoriza la supresión de los Entes Públicos recogidos en la LOSCAM
2009	Se aprueba en la Asamblea de Madrid la Ley 6/2009 de Libertad de Elección , por la que se otorga la libertad de elección de Centro, Médico y Enfermero, tanto en atención primaria, como especializada
2010	Decreto 52/2010, de 29 de julio, de Estructuras Básicas Sanitarias y Directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Se crea el Área Única, se reorganizan la gestión en base funcional y no territorial, que se articula en torno a la zona básica de salud, y los Centros de Salud
2012	Decreto Ley 16/2012 que restringe la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular y rentas altas. Modifica la base que da derecho a la prestación, que pasa a ser la de beneficiario o asegurado, no a la ciudadanía
2012	Ley 8/2012, de 28 de diciembre de Medidas Fiscales y Administrativas Impulso de las concesiones administrativas de hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid
2013	Orden 199/22 de marzo, de Plan de ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud. Se decide la jubilación forzosa de efectivos estatutarios del Servicio Madrileño de Salud, y las condiciones de prórrogas y condiciones generales para el servicio activo del personal estatutario

Tabla (3) Fuente. Elaboración propia.

5.8. Descentralización y Gobernanza multinivel del SNS

Por lo visto en los anteriores apartados, la evolución del marco regulatorio de la Sanidad en España, con la Democracia, estuvo marcada en un primer momento por dos tendencias paralelas. En primer lugar, la articulación de un modelo sanitario integrado, fundamentalmente público, de cobertura universal, inspirado en el servicio británico de salud⁶⁴. En segundo lugar, la descentralización político administrativa hacia las

⁶⁴ El Servicio Británico de Salud se considera el paradigma de los modelos de servicio de salud, inspirados en el Informe que Sir William Beveridge presentó en el parlamento británico. “*Report to the parliament on Social Insurance and Allied Services*” Informe acerca de la Seguridad Social y las prestaciones que se derivan de ella. 1942. Los presupuestos fundamentales de este informe sirvieron al gobierno laborista de las postguerra mundial para ponerlo en marcha, e inaugurar en Reino Unido, lo que se ha venido en llamar Welfare State (Estado de Bienestar) Después de aprobar la ley de Seguridad Social en 1946, en 1948 vería la luz el NHS que ofrecería atención médica para todo el mundo, incluido cuidados oftalmológicos, la cobertura universal era la base del modelo, además de la financiación y aseguramiento público. William Beveridge visitó nuestro país en 1942, estuvo en la Facultad de Ciencias Políticas y

Comunidades Autónomas. La descentralización política administrativa del estado español es un proceso consecuencia de las demandas de autogobierno por parte de las llamadas comunidades históricas: Cataluña, País Vasco, y Galicia, principalmente. Existe una tercera tendencia que es el objeto de estudio de esta tesis, por ello se recoge en otros capítulos, que se refiere a las tendencias de reforma en la sanidad española, especialmente, a partir de los años noventa en las que los paradigmas internacionales de reforma apuestan por la redefinición en la responsabilidades fundamentales de los sistemas, para introducir más mercado y menos estado en sanidad.

El sistema sanitario español en los años ochenta camina por una senda de articulación e institucionalización de un modelo definido, siguiendo los modelos de los servicios nacionales de salud. En términos institucionales veníamos de un modelo que recién se integraba en un órgano gestor el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) dependiente del Ministerio de Sanidad, repuesto en 1977, y la separación progresiva de la sanidad de la estructura institucional y funcional de la Seguridad Social. En este contexto institucional de la sanidad, se aprobó la Constitución Española, que activaría la descentralización del estado, por la vía del reconocimiento de la autonomía, dedicando el artículo 151 “vía rápida” de acceso a la autonomía para las nacionalidades históricas (Cataluña, País Vasco y Galicia). Cataluña inauguraría la descentralización sanitaria en 1981, gobernando en el estado central la Unión de Centro Democrático (UCD). Durante la primera ronda de transferencias recibirían las competencias sanitarias Cataluña (1981), Andalucía (1984) País Vasco y Comunidad Valenciana (1987), Galicia y Navarra (1991), y finalmente la Comunidad Canaria que las recibió en 1994⁶⁵. Los respectivos Servicios Regionales de Salud pasaron a gestionar los recursos sanitarios, mientras que el resto de Comunidades Autónomas permanecieron dependiendo para su gestión sanitaria el gobierno central (INSALUD). Por tanto, durante dos décadas se prolongó esta etapa en la que coexistieron dos modelos de gestión sanitaria: uno centralizado y otro descentralizado, perduró hasta el año 2001 en que las Comunidades Autónomas pendientes, entre ellas la Comunidad de

Económicas de la entonces Universidad Central (hoy UCM) donde inauguró la Cátedra de Seguridad Social. Del mismo modo fue invitado a inaugurar las obras del edificio que albergaría el conocido Instituto Nacional de Previsión (INP).

⁶⁵ Urbano Garrido, R. y Utrilla de la Hoz, A. “Descentralización sanitaria y financiación autonómica: incidencia en el periodo 1997-2000, y escenarios alternativos para el periodo 2002-2006” UCM. Proyecto de Investigación “El sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid: implicaciones económicas del traspaso de competencias al gobierno regional” Ref. (06/077/98)

Madrid, recibieron las transferencias. A partir del año 2002 comienza una nueva etapa con un Sistema Nacional de Salud absolutamente descentralizado, excepto para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, gestionadas por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) dependiente del Ministerio de Sanidad, órgano en el que transmutó el INSALUD después de su desaparición.

Con la finalidad de definir de forma clara los roles del Ministerio de Sanidad, despojado de la función importante de la organización y gestión sanitaria, y los Servicios Regionales de Salud (SRS) a partir de entonces partes integrantes del SNS descentralizado, se impulsó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. Esta norma trataba de eliminar también algunas externalidades que se habían puesto en evidencia en el tiempo en el que habían coexistido las dos fórmulas gestoras, y luego una vez descentralizado totalmente el sistema. Es decir, los problemas de coordinación del sistema, las dificultades para disponer de un recurso básico para la planificación sanitaria, la información. Se comprobó que la información epidemiológica y de los principales indicadores del estado de salud de la población, no estaba disponible puesto que estaba repartida entre todos los SRS y estos, en muchas ocasiones, eran renuentes a ponerlos a disposición del gobierno central⁶⁶ por desconfianza al uso político que pudieran hacer de los mismos. Además de la “politización”, otras externalidades observadas en el sistema eran las dificultades para aprovechar las economías de escala en la compra de productos para el sistema, a lo que se añade el tamaño de la población de algunas Comunidades Autónomas, como por ejemplo La Rioja y Murcia. Asimismo la descentralización favoreció la aparición de Agencias de Evaluación prácticamente en todas y cada una de las regiones, sin capacidades, en ocasiones, para evaluar una tecnología compleja, que ya había sido realizada por la agencia del Ministerio de Sanidad, y por último, los problemas que se empezaban a observar relacionados con las desigualdades entre territorios en acceso y calidad del servicio sanitario, ello producto de las asimetrías derivadas de las diferentes capacidades financieras. A ello se suma, según Repullo (2007), los comportamientos oportunistas, derivados de la perspectiva de que siempre habrá un rescate por parte del gobierno central, aportando financiación extra para la sanidad. En último lugar, hay que

⁶⁶ Moreno Fuentes, Francisco Javier “Del sistema Sanitario de la Seguridad Social al Sistema Nacional de Salud. En Moreno, Luis “Reformas de las políticas del Bienestar en España” Siglo XXI. Madrid. 2009

señalar que la sanidad se haya convertido en un campo de batalla más entre CC AA y gobierno central, conocidos y reiterados han sido los desplantes que los distintos gobiernos (con independencia de su color político) han sufrido en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por parte de las CC AA de un mismo color político alineándose para boicotear sus propuestas.

En este contexto se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad, un instrumento normativo que buscaba definir bien las funciones del gobierno central (Ministerio de Sanidad) y las Comunidades Autónomas: sus respectivas responsabilidades y roles dentro del sistema, de forma que la clave de bóveda del buen funcionamiento sería la coordinación entre todos los órganos que lo componen. Con este espíritu, la norma reforzaba el órgano de coordinación por excelencia, el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), que estaba llamado a cumplir un papel importante, desmentido por la realidad y el tiempo, puesto que no se dotaron de los instrumentos necesarios para ello. En este órgano están representados los Consejeros de Sanidad de cada CC AA y el Ministro de Sanidad, por tanto está representado el máximo nivel político, sin embargo adolece de dos problemas fundamentales: no existe poder de veto sobre las propuestas del gobierno central, ni tampoco los acuerdos son vinculantes (se deja a la buena voluntad) y no existen capacidades punitivas para quienes no cumplen los acuerdos. Todo ello sumado a la referida “politización” del órgano, lo han convertido en un instrumento ineficaz para la función coordinadora prevista. Se crearon otros órganos *ex novo* como fueron la Agencia de Calidad, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, y el Instituto de Información Sanitaria, y se reforzaron otros ya existentes, como la Alta Inspección y el Consejo Interterritorial del SNS. En principio estos órganos deberían haber sido independientes del Ministerio de Sanidad, cosa que no ha sucedido, entre otras razones por el celo del Ministerio a perder esta capacidad de intervención sobre el sistema. Lo sucedido es que ninguno de estos órganos llamados a introducir racionalidad y evitar las externalidades en el funcionamiento del SNS funcionan de forma eficaz, en algunos casos ni funcionan -como es el caso del Instituto de Información- puesto que como se ha dicho hay un obstáculo derivado de la *desconfianza institucional* que hace que las CC AA sean renuentes a facilitar sus datos en salud. Por su lado, la Alta Inspección estaba llamada a realizar un papel fiscalizador y evaluador de las condiciones y prestaciones de ofrecidos

por los distintos Sistemas Regionales de Salud, pero sin datos objetivos disponibles, ni evidencias y evaluaciones, es difícil cumplir este papel.

En consecuencia el SNS de salud adolece de un problema de diseño institucional que cree los incentivos necesarios para que los actores principales en la gobernanza del sistema Gobierno Central y CCAA trabajen en una misma dirección, alejando las tensiones políticas y financieras vinculadas con la sanidad. El problema es que después de más de una década con la sanidad descentralizada, teniendo en cuenta la importancia financiera que tiene para las CC AA, esta ha generado vínculos locales con intereses poderosos. La crisis que padece nuestro país desde 2007 está cambiando algunos comportamientos de los actores, especialmente las Comunidades Autónomas, porque son las que están sufriendo con más crudeza las dificultades económicas para mantener un sistema sanitario con un gran potencial inflacionario (Moreno Fuentes, 2009). Así, hemos podido observar en este nuevo escenario comportamientos más cooperativos, por ejemplo los acuerdos conseguidos en el seno del Consejo Interterritorial destinados a la creación de central de compras, y medidas similares, que aliviaran parcialmente las tensiones financieras del sistema.

CAPITULO VI: ELEMENTOS DINÁMICOS EXTERNOS AL SUBSISTEMA QUE CONDICIONARON LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EL PERIODO (2001-2013).

6.1. Ideas y creencias sobre la relación estado mercado en sanidad

La reforma del sector público en general, también de los sistemas sanitarios, es uno de los temas que se sitúan en el centro del debate político y académico a partir de los años ochenta en toda Europa. Un debate que gira en torno a la crisis del Estado de bienestar, en cuyo origen están la crisis fiscal del estado y del modelo burocrático de gestión de las políticas; un estado que había conocido un gran desarrollo en un contexto político, económico y social muy diferente al contexto de crisis económica que obligó a poner en el centro de la agenda política, la austeridad. La crisis del modelo burocrático clásico en la prestación de servicios públicos también estuvo en el centro del debate reformador, a las burocracias públicas se les criticaba su incapacidad para conjugar equidad y eficiencia, al tiempo que se acentuaban las críticas ciudadanas en relación a la calidad y accesibilidad del sistema sanitario. Siguiendo a Gallego (2001) los principales problemas con que se encontraron los sistemas sanitarios europeos y de los demás países OCDE fueron:

- Un problema de inequidad en el acceso a los servicios y de distribución de niveles y recursos de salud entre los territorios y colectivos diversos, a lo que habría que sumar las largas listas de espera para servicios diversos.
- El rápido incremento del gasto sanitario, consecuencia del alto valor de los nuevos tratamientos, como de fuertes presiones sociales sobre la oferta y la demanda de servicios. Sin que ello tenga un impacto directo en la mejora del estado de salud de la población.
- La preocupación por la ineficiencia de los servicios de sanitarios, evidenciados en las variaciones injustificables de los costes de la actividad clínica o la falta de coordinación entre los diferentes niveles que componen el sistema (Atención Primaria, Especializada, Ambulatoria, etc.).
- La queja ciudadana sobre la calidad y atención impersonal de un servicio sanitario que adolece de un alto burocratismo (impersonalidad en el trato y cuidado al paciente).

Estas críticas, en especial las tensiones económicas, llevaron a los gobernantes a pensar en la necesidad de reformar el Estado y la Administración pública, tratando de poner al día sus instrumentos de intervención en orden a mantener los niveles de protección y bienestar social conseguidos por las democracias avanzadas, al tiempo que se buscaba relegitimar los servicios públicos, para ello se implementaron programas de modernización de la gestión pública. Con este objetivo, en los años ochenta y noventa la mayor parte de los países de la OCDE iniciaron reformas similares, siguiendo las premisas de la Nueva Gestión Pública (Dunleavy, 1994; Hood, 1994; Barzelay, 2001). Un nuevo paradigma de gestión según el cual el interior de las instituciones contiene estructuras de incentivos positivos y negativos, para ello este nuevo paradigma de gestión pública proponía el rediseño de las estructuras administrativas orientadas al rendimiento en un intento por adaptar el sector público a las demandas de su entorno y (en adelante) sus clientes, los ciudadanos. En el caso del sector de la sanidad pública la preocupación fundamental estaba en controlar el coste sanitario e impulsar medidas de reorganización interna para incentivar la eficiencia en la gestión pública sanitaria. Con este fin se impulsaron propuestas muy diversas, entre ellas la introducción de mecanismos de liberalización del sistema, la separación de funciones, y la creación de los mercados internos (*quasi markets*).

En nuestro país, Cataluña sería la primera Comunidad Autónoma que recibe las transferencias en materia sanitaria en el año 1981, y es igualmente, la primera que en España pone en marcha este modelo de reformas innovadoras en la gestión pública, justamente coincidiendo con el cambio de paradigma a nivel internacional, y adoptándose este modelo como paradigma dominante. Lo que en principio hace suponer que en este caso fue esta región española, después el resto de Comunidades Autónomas, la puerta de entrada de este nuevo paradigma en materia de gestión sanitaria pública.

Hay que recordar que las primeras reformas de las políticas de bienestar y, específicamente, de los sistemas de salud de las democracias desarrolladas de nuestro entorno se inician a partir de la crisis fiscal de los años ochenta. En un contexto de crisis económica -choque petrolero- que favoreció la aparición del debate sobre la crisis del

Estado de bienestar, con la consiguiente puesta en cuestión del lugar del estado en la sociedad y en la economía. En este contexto de crisis, el paradigma keynesiano fundamentado en el papel preponderante de la intervención del estado en la economía, comenzó a perder peso y cedió su lugar al paradigma neoliberal, defensor de una retirada del estado en favor del mercado, en adelante considerado como el agente regulador y más eficaz en la asignación de los recursos sociales⁶⁷. Este paradigma contiene una lógica basada en la racionalidad económica que se orienta hacia el objetivo de la eficacia y eficiencia. Una racionalidad que se abrió paso en este contexto de escasez, ajustes presupuestarios y límites al crecimiento del Estado de bienestar. Este cambio de paradigma llegó acompañado de toda una oleada de proyectos de reforma y modernización del Estado y de las Administraciones públicas en los años noventa. Las críticas a la burocracia se centraron en su ineficacia, el despilfarro y la corrupción, contribuyendo a legitimar estas políticas de ajuste y desregulación, que se hicieron notar muy especialmente en las políticas de bienestar, incluida, la sanidad pública.

En este contexto gran parte de países europeos, especialmente Reino Unido azotado por una importante crisis financiera y elevados niveles de inflación y desempleo, pusieron en marcha medidas de reforma de los sistemas de bienestar, especialmente el sanitario, con el objetivo de abrir al mercado parcelas interesantes para los agentes privados. En esta primera ocasión las reformas sólo tocarían una parte del mismo, los cambios se centraron en los aspectos presupuestarios o de fórmulas de financiación, sin que en principio tuvieran un impacto directo sobre el sistema en su conjunto. Esta circunstancia tendría lugar con las reformas de los noventa, cuando los principales países europeos iniciaron reformas de los sistemas de salud pública buscando introducir cambios de más alcance, afectando al sistema completo, reformas que serían consecuencia del triunfo del paradigma neoliberal, y un mayor protagonismo en la agenda gubernamental de los temas relacionados con el crecimiento del gasto sanitario, y en menor medida, la insatisfacción ciudadana con la calidad del servicio especialmente las listas de espera.

⁶⁷ Las teorías neoliberales nacen al calor de los Think tanks norteamericanos que promocionan la idea de que es el estado el principal responsable de la crisis del *Welfare state*. Estas teorías alcanzaría su cenit con los gobiernos de Reagan, presidente que representó a una élite tecnocrática que se aglutinó bajo la bandera que hizo del *Rolling back the State* su principal misión. Por tanto había que aplicar una política de adelgazamiento del estado, y devolver al mercado aquello para lo que había demostrado su eficiencia, según los postulados neoliberales.

Los principios que presidieron estas reformas fueron la introducción de mecanismos de liberalización en el sistema público de salud, con la creación del mercado interno o mercado regulado, el impulso de la competencia entre los diferentes actores del sistema tanto en la provisión como en la oferta de servicios sanitarios y la puesta en marcha de instrumentos de evaluación del rendimiento y acreditación de la calidad.

Reino Unido creó el Servicio Nacional de Salud (NHS) en 1948 poco después de la segunda gran guerra. Los principios fundamentales fueron la equidad en el acceso, cobertura universal, solidaridad, financiación con impuestos, y prestado en instalaciones públicas por servidores del gobierno (funcionarios médicos y personal sanitario) vinculado por relación estatutaria con el Ministerio de Sanidad británico. Los hospitales y equipamientos pertenecen al estado. Como en otros muchos países, el Servicio Nacional de Salud, es un tema muy sensible en lo referente a la participación de iniciativa comercial en la prestación de servicios sanitarios. Sin embargo, fue el país en el que con más determinación puso en marcha esta política de liberalización y privatización del sistema público sanitario en un contexto político-ideológico marcadamente neoliberal; coincidiendo con la llegada al poder de Margaret Thatcher la cual estaba muy influenciada ideológicamente por los Think tanks neoliberales y por la corriente americana liderada por los economistas de la salud. Alan Enthoven fue el autor de un informe sobre las disfunciones en el sistema de salud de Estados Unidos, en el que proponía un nuevo programa de reforma basado en la gestión por competencias (*managed competition*) una idea que es definida como una estrategia para obtener el máximo de valor para los usuarios de los servicios sanitarios y los empleados, utilizando las reglas de la competencia derivados de los principios de la microeconomía. Es decir, la solución a los problemas de los sistemas de salud burocratizados era introducir en las organizaciones públicas incentivos a través de la competencia entre actores del sistema. Quizás, expresaba el propio Alan C. Enthoven, “*value for money competition*” exprese mejor esta idea.⁶⁸ Por su parte, la reforma Griffiths (1989), implantada en el servicio británico de

⁶⁸ Enthoven, A.C. (1993) the history and principles of managed competition. Health Affairs Supplement. Papel de trabajo presentado en un workshop en Washington DC en la Robert Wood Johnson Foundation. Un programa que trataba de introducir los principios racionales de la microeconomía con el fin de observar cuidadosamente en qué medida funcionan en la resolución de los problemas de incentivos de los sistemas sanitarios públicos.

salud, se caracterizó por la introducción generalizada de este tipo de mecanismos de competencia regulada, *quasi markets*: una innovación que consistía en que una parte del sistema son compradores de servicios sanitarios para los pacientes y hospitales, y otra, prestadores de servicios. El principio de funcionamiento de este sistema es la competencia entre productores de servicios de salud, es decir, los prestadores de servicios sanitarios públicos y privados compiten por el presupuesto público, llevándose la mayor parte del presupuesto aquellos centros mejor posicionados en el ranking de centros y hospitales - establecido según criterios de calidad- para que sirva de referencia a los clientes o pacientes, todo ello sin perjuicio de que se mantenga el financiamiento público y el acceso universal.

Estas reformas estuvieron basadas en el conocido informe “*White Paper Working for Patients*” que fue presentado por Margaret Thatcher en la Cámara de los Comunes con el siguiente mensaje que resume muy bien la filosofía de la reforma que se puso en marcha en el Servicio Británico de Salud a partir de entonces, principios tomados de la filosofía expresada en Estados Unidos, como hemos visto por A.C. Enthoven. Defendía así Thatcher este informe que sirvió de base a la gran reforma sanitaria:

“- The National Health Service at its best is without equal. Time and again the nation has seen just how much we owe those who in it. As skilled and dedicated staff, backed by enormously increased resources, have coped superbly with the growing demands of modern medicine and increasing numbers of patients. There is a great deal of which we can all feel very proud. The National Health Service will continue to be available to all regardless of income and to be financed mainly out of general taxation.”-

-“But major task now face us- to bring all parts of the National Health Service up to the high standard of the best, while maintaining the principle on which it was founded”-

-“At to prepare for the needs of the future. We aim to extend patient choice, to delegate responsibility to where the services are provided and secure the best value for money”-

-“All of the proposal in the White Paper put the needs of patients first...”-

-“We believe that a National Health Service that is run better will be a National Health Service than can care better. Taken together, the proposal represents the most far-reaching reform of the National Health Service in its forty year history”-

(Discurso Margaret Thatcher, 23 de Enero de 1989
Presentación del White Paper Working
for Patients a los directivos del
National Health Service)

El diagnóstico que se hacía para implementar las reformas era que el Servicio Nacional de Salud se encontraba con importantes problemas a principio de los años ochenta, fundamentalmente con un déficit de recursos financieros para hacer frente a una demanda en constante crecimiento, debido básicamente a problemas relacionados con el cambio demográfico, el cambio tecnológico y el mayor uso de los servicios por parte de los usuarios. En relación con el cambio tecnológico y el encarecimiento de los tratamientos se argumentaba, por ejemplo, la extensión de los tratamientos diagnósticos como el test de cáncer cervical (*cervical cancer screening*) o bien los programas para el tratamiento contra el sida. Unos tratamientos que cada vez se generalizaban más y más, y la tecnología aplicada eran más sofisticados y por tanto de costos muy elevados para el sistema.

Las reformas introducían instrumentos de evaluación del rendimiento (*clinical audit*)⁶⁹ medidas que fueron incorporadas al sistema entre los años 1989-90. Se trataba de un cambio fundamental en la forma de organización y gestión del sistema tal y como había funcionado. El modelo pivotaba sobre la idea de la creación de un mercado interno (*internal market*) para ello un instrumento necesario fue la separación de funciones (*purchaser/provider Split*) entre los distintos órganos del NHS; unos órganos pasarían a ser compradores de servicios y otros prestadores de servicios sanitarios. Así se crearon la Agencias o Autoridades Locales Sanitarias conocidas como DHAs (*District Health Authorities*) cuya misión eran convertirse en órganos compradores de servicios sanitarios, junto con los Grupos o cooperativas de servicios, GP Fundholders⁷⁰ formados por profesionales de atención primaria organizados de forma autónoma. Ambos, serían los principales compradores de servicios en el mercado por el sector público o privado, todo ello con la finalidad de que la competencia permitiera ganar en eficiencia (*value for money*). En este contexto los distritos tendrían que comprar servicios sanitarios para una

⁶⁹ La evaluación clínica es un proceso por el que los médicos, enfermeros y demás personal sanitario es evaluado con el objetivo de mejorar la calidad en la atención a los pacientes creando para ello las condiciones para que la evaluación sean incorporada como parte del proceso y práctica clínica del NHS.

⁷⁰ Los primeros resultados de los GP Fundholders, demostraron eficacia en la gestión, rapidez y flexibilidad. Sin embargo, los evaluadores se hicieron eco de las disfunciones expresadas por los usuarios y profesionales de estos grupos: los primeros en relación a la selección de pacientes que se realizaban (selección adversa) y, los profesionales, manifestaban que habían aumentado los costes de transacción vinculados a las “cargas administrativas y de gestión que tenían que soportar” y que le robaba tiempo para una práctica clínica adecuada. Report by the Comptroller and Auditor General National Auditor Office. 1995. The House of Commons.

población al menor precio ofertado en el mercado. La reorganización supuso la orientación de las actividades sanitarias (como se ve el discurso) hacia el paciente, y las decisiones de compra de servicios sanitarios a los niveles locales y proveedores privados de servicios sanitarios. Para ello se piensa en la idea fundamental que permite esta nueva forma de organización la separación de funciones entre compradores y proveedores de servicios, antes integrados a partir de entonces separados. Hay que tener en cuenta que la filosofía fundamental era introducir competencia en el sistema, para ello la solución prevista era la creación de un mercado interno o mercado regulado (*managed competition*).

Además de estas reformas fundamentales del modelo destinado a introducir mercado, otras iniciativas permitieron la externalización de los servicios de los hospitales, servicio de limpieza, comida, y gestión de instalaciones, se utilizaron cuantiosos fondos públicos para centros de enfermería privados, y algunos servicios como los sistemas de información se convirtieron en empresas mercantiles; en general se usaron incentivos para que la iniciativa privada se incorporara a la gestión de la salud.⁷¹ Los gobiernos posteriores, especialmente laboristas (Tony Blair) que llegaría al poder en 1997, disminuyeron la intensidad de estas reformas, aunque había anunciado su ruptura con el modelo, de hecho la continuidad del modelo en lo fundamental quedaría plasmado en la Ley de sanidad de 1999, que implicó una reorganización interna del sistema sin renunciar a la idea de introducir competencia, preservando la separación de funciones: los *trusts* no experimentaron cambios, sin embargo los *GP fundholders* desaparecieron y fueron sustituidos por Grupos de Atención Primaria (*PCGs Primary Care Groups*) vinculados a la geografía, con un papel parecido a los Equipos de Atención Primaria en nuestro país. Una medida que estuvo destinada a paliar los efectos negativos observados de selección adversa. La reorganización del sistema en la citada ley implicaba la creación de numerosos organismos nuevos, orientados a obtener información sobre la práctica clínica de excelencia avalada por los resultados, para ello se creó el Instituto Nacional de Excelencia Clínica, con un papel difusor de buenas prácticas, herramientas de evaluación, medición de resultados y tecnologías (OCDE 2000)

⁷¹ Ruane, Sally (2005) “La iniciativa de financiación privada y el NHS. Subdirectora del Centro de Investigación en Política de Sanidad. Universidad Montford de Leicester (Reino Unido)

En definitiva, la experiencia británica de reformas en los últimos años ha estado orientada a eliminar del modelo NGP aquellas reformas que no han dado buenos resultados, a consolidar las eficientes. De hecho, se da continuidad a los mercados mixtos en los que proveedores públicos y privados proveen servicios, y se apuesta por instrumentos de colaboración público privada (*Public Private Partnership*). Ello debido a la gran necesidad de recursos financieros por parte del sector público para la construcción de grandes infraestructuras. Así, nuevas técnicas fueron apareciendo y experimentándose en el NHS. La Iniciativa de Financiación Privada (PFI) es una más, destinada a explorar las posibilidades de hacer partícipe al sector privado en la financiación y construcción de infraestructuras, especialmente hospitales, con esta técnica lo que se conseguía era construir hospitales, sin que la deuda contabilizara como deuda pública: un sistema que conseguía diferir la deuda pública en el tiempo. En este caso los recursos financieros provienen de los socios financieros que explotan a cambio los servicios por un canon pactado a lo largo de un periodo largo de tiempo. En la experiencia británica la modalidad era la creación de un consorcio formado por tres tipos de agentes: una constructora, un financiador (banco), y una empresa encargada de la gestión y explotación de los servicios (mantenimiento de las instalaciones). La pirueta consiste en que el estado consigue (aparentemente) trasladarle los costos financieros a las empresas que tienen que acudir al mercado a endeudarse a tipos de interés más altos que el Estado, a cambio estas infraestructuras costosísimas no figuran como deuda, se le transfiere a los siguientes gobernantes puesto que el estado tiene que pagar un canon por el uso de las instalaciones durante periodos de treinta años, mientras que los réditos políticos son capitalizados en el momento.

Un caso paradigmático de reformas de Nueva Gestión Pública en Europa fue Nueva Zelanda, que puso en marcha importantes cambios en la gestión de su sistema sanitario público, para finalmente abandonar el modelo debido a los malos resultados; ni tan siquiera preservando los fundamental como en el caso de Reino Unido. Las reformas estuvieron orientadas a la creación de mercados mixtos, de tal forma que los departamentos de salud o educación (donde también se implantaron estas reformas) podían adquirir servicios en el mercado a proveedores públicos o privados, sin embargo

prevaleció la contratación con agencias públicas. Aspectos del sistema como la financiación, obviamente el aseguramiento, la regulación en materia laboral de los funcionarios públicos, quedaron en manos del Estado. Los resultados fueron bastante mediocres, de forma que el modelo mostró eficiencias en la asignación de actividad y recursos, pero no se evaluaron en función de resultados sino de actividad. En consecuencia, el dinero no siguió a aquellos que obtenían mejores resultados, sino a quienes generaban más actividad, que no tiene porqué ser lo más eficiente en términos de orientación de los recursos públicos escasos. El modelo basado obviamente en una importante descentralización de la toma de decisiones provocó importantes problemas de coordinación en el interior del sistema. Razón por la que comenzó a tener evidencias de que los efectos positivos de la aplicación de estas medidas, no compensaban los efectos negativos. En la década de los noventa se comenzó a rechazar la aplicación de este tipo de medidas; entonces se pensó que los objetivos pretendidos que eran ganar en eficiencia y calidad sin perder en equidad y accesibilidad, podía ser posibles a través de la cooperación entre los actores y no la competencia, siguiendo a Rae, (2002) –“comenzó a darse preferencia a los proveedores públicos en lugar de a los privados en la provisión de los servicios públicos”. De hecho el gobierno laborista que llegó al gobierno en 1999 lo primero que hizo fue suprimir la separación de funciones de compra y producción de servicios hospitalarios.

Los resultados fueron mediocres, es decir;

- No hubo incrementos sustanciales en la competencia entre productores
- Un incremento de la productividad escaso
- Altos costes de transacción (hospitales que seguían con déficits)
- Aumento de las listas de espera
- Si aumentaron las tasas de actividad y se redujeron las estancias hospitalarias

Lo preocupante fue constatar, según (Oz, 2002) que la actividad incrementó a costa de la aceptación de una merma en la calidad, efectivamente los incentivos estaban orientados a la actividad (beneficios) y no a la calidad asistencial, con la consecuente merma en la equidad (selección de pacientes). A ello se sumó el hecho de que constataron que comenzaban a verse problemas de cooperación entre profesionales que cada vez se

manifestaban menos receptivos a compartir ideas, conocimientos, y experiencias en un entorno competitivo en el que había que ganar cotas de mercado.

En general la experiencia de Nueva Zelanda muestra cómo hay aspectos que deben continuar quedando en manos del Estado, que es el mejor garante de los principios de accesibilidad, equidad y universalidad de los sistemas sanitarios públicos; existiendo aspectos mejorables, la innovación discurre por unos derroteros en parte parecidos a Reino Unido, por la orientación a resultados desde la comparación y la visualización de buenas prácticas, la evaluación y la cooperación entre los actores y los profesionales sanitarios, siguiendo a Cabiedes (2003) se le comenzó a otorgar un papel más activo a los Equipos de Atención Primaria en la gestión pública de servicios sanitarios⁷².

En España, las ideas de la Nueva Gestión Pública aplicada a la Sanidad, llegan también a finales de los años ochenta y principios de los noventa, al mismo tiempo que los de Europa están en pleno auge como hemos podido comprobar. Hay que decir con carácter previo que lo que diferencia a nuestro país es que estas ideas entran en un momento de cambios en el sistema sanitario con la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) y al mismo tiempo, este modelo integrado denominado Sistema Nacional de Salud, comenzó a descentralizarse incluso antes de que entrara en vigor la Ley General de Sanidad: las transferencias sanitarias a Cataluña fueron en 1981. Este es un primer elemento diferenciador respecto a los países citados, cuyos modelos sanitarios ya tenían un bagaje y un importante recorrido institucional.

En este contexto, las llamadas a la reforma de mercado, vinieron de la mano de la Sub Comisión Parlamentaria que alumbró el Informe Abril (1991) en la que estaban presentes entre otros, expertos distintos países europeos, por ejemplo: Sir Roy Griffiths de Reino Unido, Peter Boorsma de Holanda, o Claes Ortendahl de Suecia. Dicha comisión y sus recomendaciones, siguiendo a Cabiedes (2003), hicieron mención expresa de las reformas anticipadas en Reino Unido y Suecia, en consecuencia fueron la expresión clara de hasta

⁷² Cabiedes Miragaya, L (2003) “Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias en Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España”. Documento de Trabajo. Nº 260 Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Oviedo.

qué punto las medidas del paradigma predominante de la Nueva Gestión Pública habían entrado en la agenda institucional de nuestro país. Si bien las propuestas que abarcaban un variado campo de actuaciones, entre ellas la separación de funciones, el copago, y la competencia gestionada, hasta un total de sesenta y cuatro fueron rechazadas por la población, los sindicatos, profesionales y partidos de izquierda, por privatizadora, el detonante fundamental del rechazo sería el copago farmacéutico para los pensionistas. Sin embargo estas medidas posteriormente terminarían por aplicarse gradualmente, eso sí siguiendo una estrategia de evitación del rechazo, silenciosa, y prolongada en el tiempo, según Guillén y Cabiedes (1997).

La descentralización del Sistema Nacional de Salud en España concluyó en el año 2002, hasta entonces sólo siete Comunidades Autónomas habían gestionado estas competencias, razón por la cual algunas medidas de reforma se fueron implantando en lo que se denominaba (territorio INSALUD) compuesto por la CC AA aún gestionadas de forma centralizada, y otras medidas de reforma fueron implantadas por las regiones que ya tenían estas competencias. En la sanidad no descentralizada se introdujeron tímidamente medidas destinadas a impulsar los mercados mixtos (público privado) especialmente por la vía del concierto y los contratos programas, una fórmula que terminó por extenderse y generalizarse a todo el sistema. Además, se avanzó en la introducción de competencia dentro de sistema público, con este fin se favoreció la libertad de elección de médico generalista y especialista.

Sin embargo, del lado de las Comunidades Autónomas con gestión autónoma de la sanidad, Cataluña fue pionera en la puesta en práctica de innovaciones ligadas a la Nueva Gestión Pública. Esta región española fue la primera en recibir las competencias del gobierno central en 1981, precisamente cuando (como hemos visto) comenzaba a conocerse estas ideas, y comenzaron a ponerse en práctica en Reino Unido, especialmente. Sin embargo, el parlamento catalán no aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña hasta 1990, y esta norma efectivamente copiaba gran parte de los principios e instrumentos destinados a introducir competencia y mercado en la sanidad catalana. Así se creó el primer Servicio Regional de Salud (SRS) y la Red Sanitaria de Utilización Pública, una aplicación práctica y local de la separación de funciones, la

fórmula para formalizar la colaboración público privada ha sido el concierto, muy extendido por otro lado en la cultura social catalana por la preexistencia de un legado importante de colaboración y prestación privada de servicios sanitarios, apoyados en el tercer sector, el mutualismo y la iniciativa privada.

Cataluña pone en marcha un modelo muy similar como se puede ver a partir de los principios de organización y gestión de la sanidad que se recogen en la citada ley, así podemos comprobar que se diseña el siguiente modelo que ya está expresado en el preámbulo de la ley 15/1990, de julio:

“Uno de los aspectos más novedosos de la presente Ley, que la diferencia notablemente de las leyes de creación de los servicios de salud de otras comunidades autónomas, está en la diversidad de fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida que el Servicio Catalán de la Salud puede emplear a los efectos de la gestión y administración de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público. De este modo, se pretende avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial, adecuados al carácter prestacional de la administración sanitaria, no obstante su naturaleza pública.”

“la Ley consolida, mediante la institucionalización por la Ley de la red hospitalaria de utilización pública, un sistema sanitario mixto, basado en el aprovechamiento de todos los recursos, sean públicos o privados, con el objeto de alcanzar una óptima ordenación hospitalaria que permita la adecuada homogeneización de las prestaciones y la correcta utilización de los recursos humanos y materiales, siguiendo así la tendencia general de los países desarrollados “

Siguiendo a Hassenteufel (2000): “La reforma implantada en el caso catalán se acompaña de una cierta privatización, lo que se explica por el tradicional peso del sector privado sanitario en esta región española”. Y, continúa: “Los portadores del paradigma reformista fueron los expertos de la salud -especialmente los economistas de la salud- muy introducidos en la elite política dirigente y con un acceso directo al proceso de toma de decisiones en el momento del diseño del proyecto de ley de reforma”. Este mismo autor señala que, en este caso, jugaron también otros factores como la lógica relación centro/periferia, y el hecho de que las elites políticas regionales inscribieron su proceso de reforma en una lógica más general de diferenciación respecto al centro (Madrid). Por todo ello la liberalización aparecería mucho más como una figura de retórica política que como una realidad efectiva de funcionamiento del sistema.

Por su lado, las innovaciones en las Comunidades Autónomas continuaron otro ejemplo.

Sería la Comunidad Valenciana la que en 1999, por la vía de la concesión administrativa, transfirió la atención sanitaria especializada a un grupo de empresas privadas en Alcira localidad donde está el Hospital de la Ribera, primer hospital de gestión privada construido según la fórmula PFI. Al igual que en el caso británico, la construcción y posterior explotación del hospital estaba en manos de una Unión Temporal de Empresas (UTE) que en este caso estaba formado por una empresa aseguradora y prestadora de servicios sanitarios Adeslas, dos bancos Bancaja y la Caja de Ahorros del Mediterráneo, y las constructoras Dragados y Lubasa. El citado proyecto consistió en la cesión del servicio de atención especializada a una población de 230 000 habitantes, a cambio de un canon o tarifa, según un criterio capitativo. Este modelo se ha extendido en la Comunidad Valenciana actualmente Ribera Salud (consorcio formado para la explotación del Hospital de la Ribera) gestiona 100 centros de salud, y 5 hospitales de esta región.

Como explica Ana Rico (1998), bajo la influencia de las primeras regiones que asumen las transferencias, se va produciendo una rápida extensión de este paradigma por otras partes del territorio español. Un efecto de difusión del modelo de reforma fue influyendo los procesos de reformas de aquellas Comunidades Autónomas que asumían, con posterioridad, las competencias sanitarias. En esta labor de difusión y generalización de este modelo de gestión sanitaria tuvieron un papel destacado los expertos, profesionales del sector y los técnicos de las administraciones autonómicas.

Precisamente el modelo catalán⁷³ sería considerado por el gobierno socialista como ejemplo a seguir para el resto de las Comunidades Autónomas, que dependían todavía de la administración central. Este modelo con el tiempo se impondría como modelo de referencia, incluso las comunidades gobernadas por el Partido Socialista, como Andalucía, pusieron en práctica medidas tendentes a la reforma de sus respectivos sistemas sanitarios; sobre todo, en lo referente a la flexibilización de la organización y la aplicación de otras fórmulas alternativas de gestión: la subcontratación de diferentes servicios en los hospitales públicos, la externalización de los servicios de urgencia, o la

⁷³ El modelo catalán es un ejemplo de privatización especialmente impulsada por los gobiernos de la coalición CIU. Recientemente el Consejero de Sanidad Boi Ruiz expresaba -“la salud es un bien privado que depende de cada uno, no de estado”- Antes de ser Consejero, era Presidente de la Patronal de Entidades Sanitarias Privadas Concertadas”-

gestión hospitalaria siguiendo la fórmula de empresa pública, las fundaciones: fórmula ensayada la Comunidad Autónoma de Galicia⁷⁴ donde según Sánchez Bayle (2012) el modelo fracasó por sus problemas vinculados a la falta de camas por habitantes y profesionales, aumento de la demora, menor actividad y capacidad resolutive, selección de pacientes, y problemas de opacidad con las cuentas⁷⁵ Por último una de las últimas innovaciones han sido las Entidades de Base Asociativa (EBA,s) compuestas por grupos de profesionales que se responsabilizan de la gestión global de centros de atención primaria.

En este sentido estuvo pensada la posterior Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, con un planteamiento reformador importante que ya se visualizó en la exposición de motivos de la misma ley, apartado en el que se afirmaba lo siguiente: “la gestión de los centros y servicios sanitarios y socio sanitarios pueden llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas a Derecho; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida”. En definitiva, lo que se consagra es la posibilidad de optar por diferentes modelos de gestión diferente a la hasta entonces predominante “gestión directa”.⁷⁶

Se trata entonces con esta ley de amparar fórmulas diversas que abrieran las estructuras de gestión a nuevos incentivos, y a los profesionales a la búsqueda del rendimiento, la eficacia y la responsabilidad. Para ello se prescribía como medida fundamental la “separación de funciones” (financiación, compra y provisión de servicios) La

⁷⁴ Galicia ha sido la Comunidad Autónoma que más apostó por este modelo de gestión a través de fundaciones, la primera que se puso en marcha fue la del Hospital de Verín en 1993 gobernando el Partido Popular.

⁷⁵ Sánchez Bayle, Marciano (et al.) en “Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado entre los sistemas públicos sanitarios de España y Reino Unido. Colección de Estudios. Nº 54 Fundación 1º de Mayo.

⁷⁶ Se entiende por gestión directa de un establecimiento sanitario cuando los recursos, profesionales y las instalaciones es pública, los profesionales (personal sanitario y personal auxiliar) son funcionarios públicos, y sus relaciones laborales reguladas por Estatuto Básico del Funcionario Público.

financiación debía ser pública, así como la compra de los servicios (Servicios Regionales de Salud) sin embargo, la provisión podía ser pública, privada, concertada, especialmente la privada considerada como más eficiente. Se defendía en suma la importación de técnicas de gestión del sector privado, externalización, subcontratación de limpieza, aparcamiento, cafetería, y demás servicios. Se busca el cumplimiento de objetivos, se mide el rendimiento a través de indicadores de gestión, se evalúa la calidad del servicio, el sistema se orienta al cliente cuyas demandas hay que satisfacer; se busca la mercantilización del servicio público; en definitiva una filosofía absolutamente coherente con los principios que en toda Europa venía defendiendo el paradigma predominante de la Nueva Gestión Pública (NGP).⁷⁷

En España lo que se pone en marcha a partir de los años noventa es una reforma, siguiendo los principios ya seguidos por Cataluña, que conectaba con el paradigma internacional dominante difundido por los grandes organismos internacionales: OCDE, OMS, Unión Europea, sobre el problema fundamental de la sanidad y qué había que hacer para mejorar su gestión: control de costes, abrir el sistema a nuevos incentivos y mejorar la gestión. Con la descentralización del sistema se definen varios modelos en las Comunidades Autónomas, en principio podríamos distinguir tres modelos: el modelo catalán, muy vinculado al tercer sector en la provisión pública de servicios sanitarios, basado en los conciertos. El modelo andaluz, que podría ser el paradigma del modelo fundamentalmente público⁷⁸, de perfil socialdemócrata, en el que la provisión de los servicios sanitarios son de gestión directa, con algunas experiencias en la innovación en gestión siguiendo el modelo de empresas públicas, y conciertos, pero en ningún caso privatización o concesiones administrativas. El tercer ejemplo sería el caso objeto de estudio de esta investigación que es la Comunidad de Madrid que en estos momentos lidera las reformas vinculadas a la externalización y las fórmulas de concesiones administrativas y utilización de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) Colaboración Público Privada (PPP) en la prestación de servicios sanitarios, con una clara apuesta en

⁷⁷ Para que estas medidas fueran aplicables se diseñaron nuevas fórmulas jurídicas basada en derecho privado, y no derecho público, que permitía a los gestores una “huida del derecho administrativo” visto como un factor que bloqueaba estas experiencias de gestión novedosas.

⁷⁸ Algunos expertos entrevistados en el trabajo de campo de la investigación se han referido a este modelo como modelo INSALUD, para señalar que se trata de un modelo fundamentalmente basado en la provisión pública, con muy poca importancia del sector privado en la provisión de servicios sanitarios. Entrevista (Nº38) Guillem López i Casanoves.

la privatización no solo de parte de la red hospitalaria, también de la atención primaria y especializada. En el año 2012 impulsó el Plan de Medidas de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid que contemplaba la externalización por la vía de concesión administrativa de seis hospitales y veintiún centros de atención primaria en la región.

6.2. Opinión pública y medios de comunicación

La Ciencia Política se ha interesado por la influencia de la opinión pública y los medios de comunicación en las políticas públicas, y en cómo estas últimas impactan en la opinión pública. El marco de coaliciones promotoras considera que es un factor externo que tiene importantes consecuencias en los cambios en las políticas, de hecho según Calzada y Del Pino (2013) la opinión pública y sus cambios tradicionalmente son factores que han correlacionado en los estudios comparativos sobre estudios de las políticas de bienestar. Estas mismas autoras sostienen que hoy existe suficiente evidencia para afirmar que se da esta relación bidireccional. Sin embargo, la intensidad de este hecho está en relación con otros factores tales como, el nivel de gobierno, la coyuntura, el sector de políticas, etcétera. De hecho otros autores Page y Shapiro (1992), Manza y Cook (2002) y Brooks y Manza (2006a y 2006b) en Del Pino y Rubio Lara (2013) afirman que las políticas sociales son un sector de políticas en el que la correlación es especialmente estrecha, más que en otras políticas, según Burnstein, 1998, en Del Pino y Rubio Lara (2013) Por que existe un sólido apoyo en todos los países desarrollados a las políticas sociales, incluido, según Pierson 2006, países como Estados Unidos y Reino Unido, lo que hace muy difícil los recortes en estas políticas sin que por ello los gobiernos sean penalizados por sus respectivas opiniones públicas. Sin embargo también existen evidencias de que los recortes en políticas de bienestar que han realizado los gobiernos a lo largo de esta última crisis financiera no les han penalizado, según Vis y Van Kersbergen (2007) en Del Pino y Rubio Lara (2013) de aquí que se vuelva a cuestionar la relación entre opinión pública y políticas.

En España la política sanitaria ha conseguido concitar un apoyo generalizado y una

opinión muy favorable a lo largo de las últimas décadas. En el periodo estudiado la sanidad pública ha seguido cosechando un apoyo mayoritario, de hecho es la política más importante y valorada en todas las encuestas y estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) recogidos en el Barómetro Sanitario que publica el del Ministerio de Sanidad, y las encuestas del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por ejemplo, el Barómetro Sanitario de 2002⁷⁹ en su tercera oleada para el caso de la Comunidad de Madrid arrojaba los siguientes resultados: a la pregunta sobre el área de mayor interés para los ciudadanos, la respuesta fue por orden de importancia: primero, la sanidad con un 28,7%, en segundo lugar la seguridad ciudadana 24,5%, y en tercer lugar la educación con 18,1%. En este mismo estudio un 11% afirmaba que el sistema funcionaba bien, y un 73,6% opinaba que el sistema funcionaba bien pero necesitaba cambios o cambios fundamentales. Esta era la opinión mayoritaria en fechas en las que se acababan de firmar los decretos de traspasos a las diez Comunidades Autónomas pendientes por recibir las competencias en Sanidad. Un 68% de los encuestados se consideraban muy satisfechos con el funcionamiento del sistema sanitario público.

Estudios posteriores del Barómetro Sanitario correspondiente al periodo 2003 – 2007 recogía que el nivel de satisfacción con el servicio sanitario público a lo largo de este periodo no sólo no había disminuido sino que había conocido una leve mejora, pasando de un 6,05 en 2003 a un 6,27 en el año 2007, con la sanidad transferida ya en su totalidad. Sin embargo a la pregunta de cuál es el área de mayor interés para los ciudadanos respecto al resto de políticas la sanidad perdió posiciones, pero situándose siempre en primer lugar muy por delante de Educación, Vivienda o Seguridad ciudadana, que copaban los primeros puestos en estos años previos a la crisis económica.

En los años sucesivos comienzan a cambiar las cosas en la opinión pública española. La crisis ha comenzado a hacerse sentir, pero todavía sin demasiada intensidad; aún no afecta a la opinión de los españoles sobre la sanidad pública. Así, el Barómetro Sanitario de

⁷⁹ El Barómetro Sanitario es una publicación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuyo trabajo de campo realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas mediante un convenio de colaboración entre ambas instituciones.

2008 recoge que el principal problema o política de interés para los españoles seguía siendo la sanidad (28,1%) detrás la Vivienda (20,3%) y la Educación (20,2%) En general durante el periodo considerado en esta investigación la opinión ha sido muy favorable incluso respecto a su funcionamiento, de hecho el Barómetro de 2010 el 73,9 consideraba que el sistema sanitario público funcionaba bastante bien, y se redujo en casi diez puntos el número de encuestados que consideraba que necesitaba algunos cambios, de un 31,1% en 2005 a un 25,1% en 2010. Por último el Barómetro sanitario correspondientes a las tres oleadas de encuestas realizada en 2013 (es decir en plena crisis económica y de recortes en sanidad) la sanidad continúa situándose entre los primeros puestos en la preocupación de los ciudadanos, en este caso por detrás del trabajo, por razones obvias, que encabeza la lista en la actualidad. Un 20,1 % continúa considerando que el sistema sanitario público funciona muy bien, y un 76% aproximadamente de los que piensan que funciona bien pero necesita cambios, porcentaje similar de aquellos que habiendo utilizado el servicio se encuentran satisfechos o muy satisfechos.

6.3. El impacto de otras políticas en sanidad

6.3.1. La política autonómica

Según hemos visto la evolución del marco regulatorio de la Sanidad en España, con la Democracia, estuvo marcado en un primer momento por dos tendencias paralelas. En primer lugar, la articulación de un modelo sanitario integrado, fundamentalmente público, de cobertura universal, inspirado en el National Health Service británico⁸⁰. En segundo lugar, la descentralización política del mismo, hacia los territorios. Como es sabido, la descentralización política administrativa del estado español es un proceso consecuencia de las demandas de autogobierno por parte de las Comunidades históricas: Cataluña, País

⁸⁰ El Servicio Británico de Salud se considera el paradigma de los modelos de servicio de salud, inspirados en el Informe que Sir William Beveridge presentó en el parlamento británico. “*Report to the parliament on Social Insurance and Allied Services*” Informe acerca de la Seguridad Social y las prestaciones que se derivan de ella. 1942. Los presupuestos fundamentales de este informe sirvieron al gobierno laborista de las postguerra mundial para ponerlo en marcha, e inaugurar en Reino Unido, lo que se ha venido en llamar Welfare State (Estado de Bienestar) Después de aprobar la ley de Seguridad Social en 1946, en 1948 vería la luz el NHS que ofrecería atención médica para todo el mundo, incluido cuidados oftalmológicos, la cobertura universal era la base del modelo, además de la financiación y aseguramiento público. William Beveridge visitó nuestro país en 1942, estuvo en la Facultad de Ciencias Políticas y Económicas de la entonces Universidad Central (hoy UCM) donde inauguró la Cátedra de Seguridad Social. Del mismo modo fue invitado a inaugurar las obras del edificio que albergaría el Instituto Nacional de Previsión (INP)

Vasco, y Galicia, principalmente. Existe una tercera tendencia que es el objeto de estudio de esta tesis, por ello se recoge en otros capítulos, que se refiere a las tendencias de reforma en la sanidad española, especialmente, a partir de los años noventa en las que los paradigmas internacionales de reforma apuestan por la redefinición en la responsabilidades fundamentales de los sistemas, para introducir más mercado y menos estado en sanidad.

El sistema sanitario español en los años ochenta, camina por una senda de articulación e institucionalización de un modelo definido, siguiendo los modelos de los servicios nacionales de salud. En términos institucionales veníamos de un modelo que recién se integraba en un órgano gestor el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) dependiente del Ministerio de Sanidad, repuesto en 1977, y la separación progresiva de la sanidad de la estructura institucional y funcional de la Seguridad Social. En este contexto institucional de la sanidad, se aprobó la Constitución Española, que activaría la descentralización del estado, por la vía del reconocimiento de la autonomía, dedicando el artículo 151 “vía rápida” de acceso a la autonomía para las nacionalidades históricas (Cataluña, País Vasco y Galicia). Cataluña inauguraría la descentralización sanitaria en 1981, gobernando en el estado central la Unión de Centro Democrático (UCD). Durante la primera ronda de transferencias recibirían las competencias sanitarias Cataluña (1981), Andalucía (1984) País Vasco y Comunidad Valenciana (1987), Galicia y Navarra (1991), y finalmente la Comunidad Canaria que las recibió en 1994⁸¹. Los respectivos Servicios Regionales de Salud pasaron a gestionar los recursos sanitarios, mientras que el resto de Comunidades Autónomas permanecieron dependiendo para su gestión sanitaria el gobierno central (INSALUD). Por tanto, durante dos décadas se prolongó esta etapa en la que coexistieron dos modelos de gestión sanitaria: uno centralizado y otro descentralizado, perduró hasta el año 2001 en que las Comunidades Autónomas pendientes, entre ellas la Comunidad de Madrid, recibieron las transferencias. A partir del año 2002 comienza una nueva etapa con un Sistema Nacional de Salud absolutamente descentralizado, excepto para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, gestionadas por el Instituto Nacional de Gestión

⁸¹ Urbano Garrido, R. y Utrilla de la Hoz, A. “Descentralización sanitaria y financiación autonómica: incidencia en el periodo 1997-200 y escenarios alternativos para el periodo 2002-2006” UCM. Proyecto de Investigación “El sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid: implicaciones económicas del traspaso de competencias al gobierno regional” Ref. (06/077/98)

Sanitaria (INGESA) dependiente del Ministerio de Sanidad, órgano en el que transmutó el INSALUD después de su desaparición.

Con la finalidad de definir de forma clara los roles del Ministerio de Sanidad, despojado de la función importante de la organización y gestión sanitaria, y los Servicios Regionales de Salud (SRS) a partir de entonces partes integrantes del SNS descentralizado, se impulsó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. Esta norma trataba de eliminar también algunas externalidades que se habían puesto en evidencia en el tiempo en el que habían coexistido las dos fórmulas gestoras, y luego una vez descentralizado totalmente el sistema. Es decir, los problemas de coordinación del sistema, las dificultades para disponer de un recurso básico para la planificación sanitaria, la información. Se comprobó que la información epidemiológica y de los principales indicadores del estado de salud de la población, no estaba disponible, puesto que estaba repartida entre todos los SRS y estos, en muchas ocasiones, eran renuentes a ponerlos a disposición del gobierno central⁸² por desconfianza al uso político que pudieran hacer de los mismos. Además de la “politización” otras externalidades observadas en el sistema eran las dificultades para aprovechar las economías de escala en la compra de productos para el sistema, a lo que se añade el tamaño de la población de algunas Comunidades Autónomas, como por ejemplo La Rioja, Murcia. Asimismo la descentralización favoreció la aparición de Agencias de Evaluación prácticamente en todas y cada una de las regiones, sin capacidades, en ocasiones, para evaluar una tecnología compleja, que ya había sido realizada por la agencia del Ministerio de Sanidad, y por último, los problemas que se empezaban a observar relacionados con las desigualdades entre territorios en acceso y calidad del servicio sanitario, ello producto de las asimetrías derivadas de las diferentes capacidades financieras. A ello se suma, según Repullo (2007), los comportamientos oportunistas, derivados de la perspectiva de que siempre habrá un rescate por parte del gobierno central, aportando financiación extra para la sanidad. En último lugar, hay que señalar que la sanidad se haya convertido en un campo de batalla más entre CC AA y gobierno central, conocidos y reiterados han sido los desplantes que los distintos gobiernos (con independencia de su color político) han sufrido en el Consejo

⁸² Moreno Fuentes, Francisco Javier “Del sistema Sanitario de la seguridad social al Sistema Nacional de Salud. En Moreno, Luis “Reformas de las políticas del Bienestar en España” Siglo XXI. Madrid. 2009

Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por parte de las CC AA de un mismo color político alineándose para boicotear sus propuestas.

En este contexto aparece en el panorama normativo la Ley de Cohesión y Calidad, un instrumento normativo que buscaba definir bien las funciones del gobierno central (Ministerio de Sanidad) y SRS, sus respectivas responsabilidades y roles dentro del sistema. De forma que la clave de bóveda del buen funcionamiento de un sistema descentralizado que pivotaba sobre las CC AA sería la coordinación y la cohesión entre todos los órganos que componían el mismo. Con este espíritu, la norma reforzaba el órgano de coordinación por excelencia el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) que estaba llamado a cumplir un papel importante, desmentido por la realidad y el tiempo, puesto que no se dotaron de los instrumentos necesarios para ello. En este órgano están representados los Consejeros de Sanidad de cada CC AA y el Ministro de Sanidad, por tanto está representado el máximo nivel político, sin embargo adolece de dos problemas fundamentales: no existe poder de veto sobre las propuestas del gobierno central, ni tampoco los acuerdos son vinculantes (se deja a la buena voluntad) y no existen capacidades punitivas para quienes no cumplen los acuerdos, ello sumado a la referida “*politización*” del órgano, lo han convertido en un instrumento ineficaz para la función coordinadora prevista. Se crearon otros órganos *ex novo* como fueron la Agencia de calidad, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, y el Instituto de Información Sanitaria, y se reforzaron otras ya existentes, como la Alta Inspección y el Consejo Interterritorial del SNS. En principio estos órganos deberían haber sido independientes del Ministerio de Sanidad, cosa que no ha sucedido, entre otras razones por el celo del Ministerio a perder esta capacidad de intervención sobre el sistema. Lo sucedido es que ninguno de estos órganos llamados a introducir racionalidad y evitar las externalidades en el funcionamiento del SNS funcionan de forma eficaz, en algunos casos ni funcionan, como es el caso del Instituto de Información, puesto que como se ha dicho hay un obstáculo derivado de la *desconfianza institucional* que hace que las CC AA sean renuentes a facilitar sus datos en salud. Por su lado, la Alta Inspección estaba llamada a realizar un papel fiscalizador y evaluador de las condiciones y prestaciones de ofrecidos por los distintos Sistemas Regionales de Salud, pero sin datos objetivos disponibles, ni evidencias y evaluadas, es difícil cumplir este papel.

En consecuencia el SNS de salud adolece de un problema de diseño institucional que cree los incentivos necesarios para que los actores principales en la gobernanza del sistema Gobierno Central y CCAA trabajen en una misma dirección, alejando las tensiones politizadoras y financieras vinculadas con la sanidad. El problema es que después de más de una década con la sanidad descentralizada, teniendo en cuenta la importancia financiera que tiene para las CC AA, esta ha generado vínculos locales con intereses poderosos. La crisis que padece nuestro país desde 2007 está cambiando algunos comportamientos de los actores, especialmente las Comunidades Autónomas, porque son las que están sufriendo con más crudeza las dificultades económicas para mantener un sistema sanitario con un gran potencial inflacionario (Moreno Fuentes, 2009) Así hemos podido observar en este nuevo escenario comportamientos más cooperativos, por ejemplo los acuerdos recientemente conseguidos en el seno del Consejo Interterritorial destinados a la creación de central de compras, y medidas similares, que aliviaran parcialmente las tensiones financieras del sistema.

6.3.2. La política económica

Junto con la política autonómica, como hemos visto, la política sanitaria ha estado siempre muy condicionada por la política económica, tengamos en cuenta que el gasto sanitario total para el periodo contemplado en esta investigación rondaba el 8,5% del PIB, 58.466 millones del total era gasto público, un 6,0% del PIB, y en torno a un 2,5% era gasto privado⁸³, y del total del presupuesto de una Comunidad Autónoma el 40% de las partidas de gastos estuvieron destinadas a sanidad pública, de aquí la importancia de la política económica en la política sanitaria.

Para su análisis hemos considerado oportuno dividir el periodo estudiado en dos, por el impacto que las medidas económicas han tenido en la sanidad. Un primer periodo sería el comprendido entre 2002 a 20008; y un segundo periodo de 2008 a 2013 La primera etapa estuvo caracterizada por el crecimiento económico y el aumento del gasto público

⁸³ Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadísticas de Gasto Sanitario Público.

en sanidad. El segundo periodo fue la etapa en la que se comienzan a tomar las primeras medidas de ajuste (Gobierno de Zapatero) se dejan de lado las políticas anticíclicas y se toman las medidas para embridar la deuda. En esta etapa especialmente a partir de 2010 las primeras medidas en sanidad tratan de externalizar los costes del ajuste, trasladándose a los agentes externos que en periodos de bonanza habían disfrutado de un crecimiento del gasto público, como el gasto farmacéutico, así se trata de rebajar los costes de esta factura deslizando el coste sobre la industria farmacéutica. A partir de 2010 ya no son suficientes estas medidas, y se toman medidas cuyos costes son trasladados al ciudadano, en especial al enfermo.

Los gobiernos del Partido Popular recién llegados al poder en 2011, continúan con los ajustes, y Europa toma un papel cada vez más importante, y obliga al gobierno español a aplicar medidas drásticas para reducir el déficit público. Aplicando una política de consolidación fiscal destinada a reducir el déficit de un 9,3% en 2010 a un 6% en 2011, a un 3% en 2013, a cambio el gobierno español tendría acceso a un fondo de refinanciación. La economía española pasa a ser una economía prácticamente intervenida en un contexto macroeconómico en el que la prima de riesgo sobrepasó los seiscientos puntos básicos, y el rescate bancario se convierte en el primer objetivo, en un contexto mayor de política económica cuyo objetivo sería (continúa siendo) la consolidación fiscal. El compromiso del gobierno español, saca adelante una reforma constitucional con el consenso de los dos grandes partidos PP y PSOE que modifica el artículo 135 de la Constitución Española con el objetivo de garantizar la preeminencia de la política de consolidación fiscal sobre el resto de compromisos y obligaciones del estado español. En consecuencia, como señala Repullo (2013), la sanidad pública por su importancia en el gasto público, se convierte en un objetivo prioritario para aplicar los ajustes. Un claro ejemplo de esto sería el documento “Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. Un informe que sacó a la luz el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) con el apoyo de la mayoría de las Comunidades Autónomas, aprobado en marzo de 2010. En este documento se recogía todo un catálogo de exigencias de las autoridades económicas a los responsables sanitarios, en especial esto trasladaría el ajuste a los gobiernos autonómicos. Hay que tener en cuenta que en el año 2001, en fechas previas al cierre de

los traspasos en materia sanitaria, se reformó la LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas) esta reforma tuvo un impacto fundamental en lo que se refiere a la sanidad, porque dejó de ser una partida finalista dentro del paquete financiero, y se estableció un sistema de financiación incondicionada de forma que el gobierno central traspasaba los recursos a las CC AA y éstas según sus necesidades y en el uso de su autonomía política podía destinar lo que estimase a sanidad. En consecuencia las regiones consiguieron más margen de maniobra para gestionar sus recursos, un instrumento muy interesante para las autoridades regionales en contexto de bonanza, el problema apareció con la crisis fiscal y la caída espectacular de los ingresos, y la necesidad de tener que hacer frente a una demanda relativamente estable como la de los servicios sanitarios, ello unido al coste político de aplicar estos recortes.

El impacto de la crisis se hizo especialmente duro en 2008, consecuencia de la caída espectacular de los ingresos públicos por el derrumbe de la actividad económica y el desempleo. Hemos de tener en cuenta, como explica Repullo, que en 2007 hubo un superávit de los ingresos públicos de un 1,9% de PIB, y que un año más tarde este superávit se convirtió en una caída del 6.4% en 2008, y en 2009 otro 6.7%. En este contexto el gobierno de la economía está al mando de la Unión Europea, la troika, un grupo formado por la Comisión Europea, el Banco Central Europeo, y el Fondo Monetario Internacional (FMI). El Consejo Europeo de 9 de diciembre de 2011 aprueba el Pacto Fiscal para la Eurozona, actualizado en marzo de 2012, prorrogando los acuerdos hasta 2015. El gobierno español dentro de su plan de ajuste enviado a la Unión Europea estima un ahorro en sanidad de 7200 millones anuales. El gobierno de la economía se convierte en centro de interés de todos los actores, el gobierno español se aplica en el seguimiento de las recetas de ajuste fiscal y del gasto, la sanidad comienza a sufrir los impactos de estas políticas que son aplicadas de forma lineal. Ello porque, como señala Guillem López Casasnoves (2013), los gobiernos (especialmente el español) se ven forzados a una política de consolidación fiscal y tras varias intervenciones erradas, los gobiernos abordan la crisis por la vía de aplicación de recortes del gasto, no de los ingresos. Sin embargo, considera este mismo autor, en este contexto tan duro de ajuste, el gasto social no se ha desplomado en España, y al mantenimiento de la calidad del servicio sanitario ha contribuido el esfuerzo de muchos profesionales.

Estos compromisos europeos adquiridos por el gobierno español tuvieron su traslación al ámbito interno del estado. En consecuencia, se tomaron medidas para obligar a las Comunidades Autónomas para que aplicaran políticas de ajustes, a tal fin se concretaron medidas derivadas del mandato constitucional reformado, que arbitraba medidas reguladoras, preventivas, de control y coercitivas hacia las Comunidades Autónomas y Entidades Locales. El gobierno español crea el Fondo de Liquidez Autonómico (FLA) y se arbitra un sistema de pago a proveedores. Paralelamente se fueron tomando medidas destinadas a eliminar días libres y la paga extra a los funcionarios públicos (situación que también afectó al sector sanitario) y se limitaron las cuantías en las prestaciones para los nuevos desempleados, se limitaron las cuotas y cuantías para la atención a la dependencia, y se congelaron las pensiones; ello unido a una subida de los impuestos, especialmente el que grava el consumo (IVA) que subió al 21%.

Estas medidas de ajuste en sanidad implicaron un cambio de escenario importante puesto que impuso un techo de gastos a las CC AA que tuvieron que dedicar recursos de otras partidas para sanidad. Se ponen en práctica los copagos, primero en medicamentos y luego en servicios sanitarios como por ejemplo el transporte sanitario, cuyo corolario fue la aprobación del gobierno del Partido Popular del Real Decreto Ley 16/2012 que supondría un cambio fundamental en un aspecto emblemático del Sistema Nacional de Salud, como es el fin de la universalidad en la cobertura del sistema, al decretar que los inmigrantes sin permiso de residencia serían a partir de entonces excluidos del sistema, junto con aquellas familias que perciben más de cien mil euros de renta. Se introduce un cambio en el concepto de afiliación al sistema sanitario que ya no se vincula a la ciudadanía sino a estatus de ser cotizante a la Seguridad Social, delegándose en el Instituto Nacional de la Seguridad Social la función acreditadora de tal condición para el ciudadano. Según Repullo, este Real Decreto Ley 16/2012 sería la pieza central de las reformas del Gobierno del Partido Popular en Sanidad, unas reformas que han tenido un mayor contenido ideológico que justificación en términos de austeridad o insuficiencia presupuestaria.

El corolario de todo ello, según Cortés – Franch y González López Valcárcel (2013), es

que en España la política económica anticrisis destinada a la reducción del gasto la han sufrido especialmente las políticas sociales, especialmente la sanidad. Las medidas de limitación de acceso a los servicios sanitarios, el establecimiento de copagos, los recortes salariales al personal sanitario, junto con la prolongación de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, son todas ellas medidas que finalmente penalizan a los grupos más vulnerables y desfavorecidos, los enfermos, mayores, desempleados, e inmigrantes sin regularizar y sus familias. La paradoja es que los efectos de la crisis ha tenido como consecuencia el deterioro del estado de salud de la población con su consecuente aumento de la demanda de los servicios sanitarios, especialmente los servicios de atención primaria por situaciones de ansiedad, depresión, alcoholismo, etcétera).

6.3.3. Cambios en la coalición gobernante

El periodo de análisis en esta investigación se caracterizó por los cambios en la coalición gobernante en el sistema político español, se produciría un nuevo triunfo del Partido Popular en el año 2000 con mayoría absoluta. Sin embargo, nos centramos en un subsistema político, el de la Comunidad de Madrid, en el que no hubo cambio de mayorías a lo largo de todo el periodo analizado; de hecho el gobierno de la región lo detenta el Partido Popular de forma hegemónica desde 1995. Las transferencias en sanidad las recibió el gobierno de Alberto Ruiz Gallardón en 2002, desde entonces ningún otro partido ha gobernado la sanidad en la región. Esta circunstancia para la investigación ha permitido aislar la variable política como explicativa del cambio en la política sanitaria, con el fin de dejar margen explicativo a las variables vinculadas con las ideas y el aprendizaje.

Decíamos que la primera década del año dos mil se inicia en España con un triunfo por mayoría absoluta del Partido Popular a nivel nacional. Se inicia así un tiempo que parecería reinaugurar la hegemonía de un solo partido, como la que había disfrutado el Partido Socialista en los años 1982 al 1993, abriendo paso a un periodo de gobiernos en minoría necesitados de pactos de legislatura, con los partidos minoritarios, nacionalistas

principalmente. Este triunfo fue posible gracias, según Soto Carmona (2000), a la combinación de bonanza económica y paz social, fruto de la estrategia del Partido Popular, en su gobierno anterior, que consiguió mantener una excelente relación con los sindicatos hasta el punto de que mantuvo un diálogo social que no existió ni con los gobiernos de izquierda. Sin embargo, en esta segunda legislatura inaugurada en los primeros años dos mil este modelo de acuerdo y paz social cambió radicalmente. Ello fue debido, argumenta González (2002), a que el primer gobierno de José María Aznar necesitaba despejar las desconfianzas que sobre su gobierno y su partido se cernían; por otro lado, necesitaba legitimarse. Y, sin duda, tanto al crecimiento económico como a la legitimación de la acción del gobierno contribuyeron el diálogo social y el clima de entendimiento con los partidos de los que recibió apoyos.

Pero como se decía, este rumbo cambió con la mayoría absoluta del año 2000. Un cambio que llevaría al Partido Popular por una senda de ruptura de este diálogo con importantes consecuencias en sentido negativo para el gobierno popular. El estilo de gobierno estaba cambiando con la mayoría absoluta, y lo que en otro momento fue entendimiento con los agentes sociales, se tornó imposición de un paquete determinado de medidas en el mercado laboral. Con lo que el clima de enfrentamiento con los sindicatos fue radicalizándose, un clima de falta de entendimiento al que contribuyó el gobierno, pero que también los sindicatos tuvieron su responsabilidad. La culminación de este proceso fue la medida unilateral adoptada por el gobierno en 2002 aprobando el que fue conocido como “decretazo” y la consecuente huelga general. Estos movimientos se producirían en un contexto en el que el gobierno impulsaba una política de privatizaciones del sector público empresarial que afectaba y debilitaba de forma muy importante a los sindicatos mayoritarios. Un estilo de gobierno decisionista, poco proclive al pacto, era el resultado de esta nueva mayoría absoluta, además de un giro económico más neoliberal que suponía un guiño a las bases tradicionales del partido (la patronal), y también, según González y Requena (2008) a los gobiernos europeos en un momento en el que España ostentaba la presidencia de la Unión Europea.

Los efectos de la situación conflicto social y la consiguiente huelga general, unidos a la decisión del presidente Aznar de entrar en la guerra de Irak contribuyeron sin duda a la

pérdida de popularidad del gobierno, y el descrédito que le llevaría a perder las elecciones en 2004, consecuencia también de los atentados del 11M, que hizo perder todo el crédito político al gobierno popular. El Partido Socialista, con su presidente José Luis Rodríguez Zapatero, inició su mandato separándose de la política beligerante del anterior gobierno en temas internacionales (retirada de las tropas de Irak) y orientando la agenda (en un contexto de bonanza económica) hacia la ampliación de los derechos sociales y políticos, implementando medidas de importante calado social como forma de volver a su señas de identidad de partido de izquierdas progresista y de base trabajadora y de clases medias.

En el plano del subsistema político regional fue un periodo importante porque se culminaron el traspaso pendiente de las competencias sanitarias de aquellas Comunidades Autónomas que estaban siendo gestionadas por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), entre ellas la Comunidad de Madrid⁸⁴. En el año 2001 se formalizó la comisión de transferencias y en 2002 la sanidad española, en los aspectos organizativos de gestión, pasaría a estar completamente gobernada por las Comunidades Autónomas. En el caso de la Comunidad de Madrid, el gobierno que negoció y recibió las transferencia estaba presidido por Alberto Ruiz Gallardón del Partido Popular. Este mismo partido revalidaría su mayoría en 2003 al salir elegida como presidenta Esperanza Aguirre, quien hizo de la sanidad un emblema de su campaña prometiendo la construcción de ocho nuevos hospitales que fueron construidos antes de finalizar su primer mandato. Todo ello siguiendo los procedimientos aprendidos de la sanidad británica, utilizando la fórmula Iniciativa de Financiación Privada (PFI) que le permitía diferir la deuda en el tiempo, y tener en un tiempo récord un número importante de nuevas camas disponibles en las localidades consideradas estratégicas para el futuro electoral del partido. En síntesis, se observa que a nivel nacional en la década contemplada para el análisis en esta investigación 2001-14 se habían producido cambios en las coaliciones de gobierno, mayorías de centro derecha hasta el año 2003, y mayorías de centro izquierda hasta 2011, en contextos de conflicto de diálogo social y de conflicto entre sindicatos y gobierno; especialmente cuando han operado las mayorías absolutas. Mientras que los gobiernos de

⁸⁴ En el año 2001 se inició el proceso de negociación de los traspasos de las competencias sobre sanidad pública a las diez Comunidades Autónomas restantes, entre ellas, Asturias, Castilla León, Islas Baleares, Aragón, Murcia, Castilla La Mancha, Cantabria, La Rioja, Extremadura, y Madrid. En total se transfirieron 133.889 trabajadores sanitarios estatutarios, 79 hospitales, y 1069 centros de atención primaria.

mayoría absoluta de Aznar iniciaron políticas de privatización y liberalización del sector público, las políticas del Partido Socialista estuvieron orientadas a mejorar la redistribución de rentas, reforzar y ampliar los derechos sociales: Ley de Igualdad, Ley de Dependencia, Ley de Matrimonio gay, entre otras. Por su lado, en la Comunidad de Madrid, el cambio opera no porque cambiara el Partido Popular, hegemónico en la región desde 1995, sino al cambiar el ejecutivo, la Presidenta Aguirre implantó un estilo de gobierno más decisionista avalada por su mayoría absoluta, y más liberal especialmente en lo económico, ello se notaría especialmente en la sanidad pública; política en la que imprimió un sesgo importante. Fruto de estos cambios el conflicto entre gobierno regional y los sindicatos del sector y los profesionales médicos se fue radicalizando, llegando a su máximo exponente durante el periodo en el que Juan José Güemes fue Consejero de Sanidad. El máximo grado de conflicto llegaría con las propuestas de reforma impulsadas por el consejero Fernández Lasquetty en 2013, que fueron conocidas como Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Dicho plan encontró una fuerte respuesta sindical en la calle, las manifestaciones de las llamadas “batas blancas”, llevaron sus propuestas a los tribunales, quienes finalmente terminaron dándoles la razón, y paralizando dicho proceso. Las consecuencias políticas inmediatas fueron la dimisión del consejero y la cancelación por parte del Gobierno de Ignacio González de dicho programa de reformas en la sanidad pública madrileña, hasta la fecha.

VII. EL SUBSISTEMA DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2001 – 2014)

7.1. Introducción

Este capítulo está dedicado a exponer el caso de estudio de la tesis: la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid. Para facilitar el análisis se han considerado dos periodos: el primer gobierno del Partido Popular con Gallardón como Presidente (2001-2003) en el que se recibieron las transferencias sanitarias del gobierno central, y un segundo periodo analítico que comprende los gobiernos de Esperanza Aguirre e Ignacio González (2003-2014) en el que se despliegan reformas en la gestión hospitalaria principalmente: construcción de hospitales PFI, concesiones administrativas, desaparición del Instituto Madrileño de Salud, implantación de la libre elección de profesional sanitario en Atención Primaria y Hospitalaria, la creación del Área Sanitaria Única, y la reciente privatización de la gestión de ocho hospitales y el impulso de la gestión privada de centros de salud, entre otras reformas.

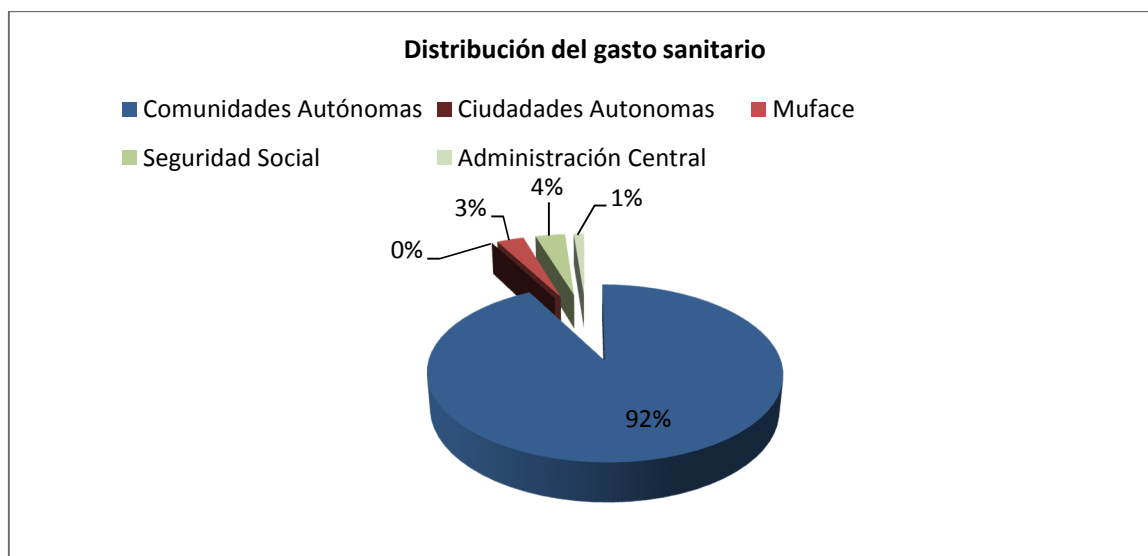
La adopción de responsabilidades de organización y gestión en materia de sanidad facilitaron que las Comunidades Autónomas se constituyeran en nuevas “*arenas de políticas*”, siguiendo a Lowi (1964), concepto que remite a la idea de espacios de poder, de intercambio de intereses y recursos de poder.⁸⁵ En este sentido merece la pena señalar que la sanidad pública es un hecho económico de gran magnitud que se visualiza comprobando los datos de gasto público respecto al PIB que dedica cualquier país europeo. En España el gasto sanitario ascendió al 7,7% del gasto público en 2011, siendo la mayor partida presupuestaria después de la dedicada a pensiones, del cual un 92% fue ejecutado por las Comunidades Autónomas. En Alemania se sitúan en el 10,6 y en Canadá en un 9,9% respecto al PIB, en países como EE UU en los que la sanidad está mayoritariamente en manos del sector privado, el gasto público sanitario se sitúa en el 13,0% del PIB⁸⁶. En España, afirmaba uno de los entrevistados –“el gasto total en sanidad sumando pública y privada asciende a 90.000 millones de euros, el 75% del presupuesto

⁸⁵ Lowi, T. (1964) mostró que cada arena de política tiende a desarrollar su propia estructura de política, su proceso, élites y relaciones de grupo”. En Aguilar, L.F. “La hechura de las políticas” (1995) Ed. Porrúa: México.

⁸⁶ Fuente: OCDE. Health Data 2012.

anual de un país como Portugal, lo que da una idea de la importancia del negocio sanitario”-⁸⁷, antes de la descentralización en 2002 el gasto público sanitario ascendía a 36.000 millones, en 2010 con la sanidad descentralizada, era de 65.000 millones, lo que quiere decir que en ocho años se duplicó el presupuesto destinado a sanidad⁸⁸.

Gasto público sanitario consolidado. Estructura porcentual según clasificación Sectorial. España, 2011



Cuadro (6) Fuente: Estadísticas de Gasto Sanitario Público 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Edición Mayo de 2013.

El caso de la Comunidad de Madrid nos permite valorar la importancia económica de la sanidad el monto dedicado a este capítulo en los presupuestos regionales para 2012, cercano a los 7.000 millones, en concreto 6.882,8 millones de euros⁸⁹ de los 19.000 millones que componen el total de las partidas presupuestarias del gobierno regional, las previsiones presupuestarias para el ejercicio 2013 superan los 7.000 millones (ver gráfico abajo) Ello quiere decir que la sanidad se lleva más de un tercio del total de los recursos presupuestarios de la región.

⁸⁷ Entrevista n° 34 en la que la persona entrevistada defendía la tesis de que el tamaño del negocio de los actores relacionados con la sanidad es realmente gigantesco.

⁸⁸ Estos datos los aportó José Luis Puerta médico experto en sanidad con un importante bagaje internacional en la consultoría sanitaria, incluido la Organización Mundial de la Salud, colaborador de la Fundación FAES.

⁸⁹ Datos sacados de los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud para el ejercicio 2012.

Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid 2013

SECCIONES	TOTAL GASTOS CORRIENTES	TOTAL GASTOS DE CAPITAL	TOTAL GASTOS FINANCIEROS	TOTAL PRESUPUESTO
Asamblea	26.320.545	212.400	135.000	26.667.945
Cámara de cuentas	6.829.997	48.400	50.000	6.928.397
Presidencia CM	1.157.276		1.520	1.158.799
Presidencia, Just. y P.G.	636.676.393	91.448.421	167.650.151	895.774.965
Economía y Hacienda	136.544.281	12.128.142	21.576.381	170.248.804
Transportes, Infraestructura y Vivienda	1.288.011.531	240.238.457	117.754.531	1.646.049.519
Educación, Juventud y Deportes.	4.124.468.930	105.433.829	5.206.902	4.235.127.661
Mº Amb. y Ord. Territorio	100.170.513	32.807.736	1.161.315	134.139.564
Sanidad	6.432.538.104	47.423.532	631.550.732	7.111.512.367
Asuntos Sociales	1.235.359.522	9.476.773	5.157.161	1.249.993.456
Empleo, Tur. y Cultura.	355.398.810	16.750.741	5.121.643	377.271.194
Deuda Pública	906.588.643		2.003.074.546	2.909.663.189
Créditos Centralizados	225.181.377	126.284.103	73.375.000	424.840.480
Consejo Consultivo	4.309.728	5.000	3.693	4.318.421
TOTAL PRESUPUESTO	15.479.573.652	682.302.534	3.031.818.575	19.193.694.761

Tabla (4) Fuente: Dirección General de Presupuestos y Recursos Humanos. Consejería de Economía y Hacienda. Comunidad de Madrid.

Además del indicador económico presupuestario, el indicador relacionado con el capital humano e infraestructuras que compone la red asistencial de la región, nos da una idea clara de la magnitud de los recursos movilizados por la sanidad pública. Así, la Comunidad de Madrid con una población de 6.488,347 millones de habitantes⁹⁰, la tercera en tamaño de población, después de Cataluña y Andalucía, cuenta con un total de treinta y cuatro hospitales públicos, con 14.000 camas⁹¹, de los cuales la mitad están gestionados directa y catorce son gestión indirecta a través de concesiones administrativas, empresas

⁹⁰ Datos del año 2013 aportados por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

⁹¹ Hospitales o centros de internamiento, según la clasificación CSE: C1, del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

públicas, fundaciones, y otras modalidades de gestión. Además la región cuenta con cuarenta y nueve hospitales privados con una disponibilidad de 8.569 camas. En total la red sanitaria cuenta con ochenta y tres hospitales, y un total de 22569 camas. La infraestructura sanitaria se completa con un total de 400 Centros de Salud, y Consultorios Locales de atención primaria dispersos por toda la región, y servicios de urgencia especializado que es el SUMA 112. Para la Administración Madrileña, según los datos actualizados del Ministerio de Hacienda y AA PP, trabajan un total de 154.530 empleados públicos de los cuales 79.181⁹² efectivos forman parte de la plantilla de la red sanitaria, distribuidos de forma que 23.000 personas están dedicadas a la gestión administrativa, económica y organizativa, y más de 56.000 efectivos son médicos (14.000) y el resto (42.000) personal de enfermería y auxiliares de asistencia clínica.

Sobresale el hecho de que la Comunidad de Madrid es la región española⁹³ en la que el sector privado es más importante tanto en la prestación de servicios sanitarios, como en el aseguramiento; se calcula que un 40% de los madrileños tiene contratada una póliza de seguro privada. Por ello la presencia de empresas del sector se concentra mucho en la capital donde, por razones históricas de capitalidad política y sede de las principales instituciones del estado, se concentraba una parte muy importante del funcionariado público. También las grandes empresas del sector salud, construcción y servicios, farmacéuticas, consultoras, tienen presencia en la capital. Un entrevistado manifestaba: “todos los importantes del sector quieren tener un hospital en Madrid”-(Entrevista 38)

A continuación se exponen los dos periodos analíticos considerados en este trabajo, en el primer periodo es cuando se producen las transferencias. En este primer periodo se analiza principalmente el discurso de los actores, especialmente los diputados y gobernantes, que debatieron la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Se realiza un análisis del discurso y las ideas y creencias contenidas en el mismo. Para ello se aplica la siguiente plantilla, que nos auxilió en la identificación de estos sistemas de creencias:

⁹² Datos obtenidos del Boletín Estadístico de Personal Enero de 2013. Registro Central de Personal de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

⁹³ Cataluña es la segunda Comunidad Autónoma en importancia de servicios privados de salud, a distancia de la Comunidad de Madrid porque en Cataluña lo importante es la red pública concertada, pero con una importante componente pública no privada como es el caso de la Comunidad de Madrid.

Plantilla para el análisis de los sistemas de creencias de los actores

Ponente:

Cargo, partido:

Lugar y fecha:

Razón de la Intervención:

ASPECTOS RELACIONADOS

A) 1. NÚCLEO PROFUNDO DE LA POLÍTICA

1. Prioridad de valores: libertad de elección, igualdad, público, privado, aseguramiento y financiación pública.
2. Normas sociales: la asistencia sanitaria es una obligación moral, y un derecho, reservado aquellos que contribuyen a su sostenimiento.
3. Bienestar que prima: bienestar del paciente, y de la población en general.

B) NÚCLEO DE LA POLÍTICA

1. Visión del problema
El problema de la sanidad es un problema de sostenibilidad, falta de recursos, y por tanto un problema de gestión; la sanidad es sostenible financieramente, solo si se gestiona más eficazmente. La enorme lista de espera diagnóstica es un problema que afecta a la calidad del servicio público sanitario.
La gestión eficaz es aquella que ahorra recursos.
No es un problema de equidad, solidaridad o calidad del sistema.
La calidad es entendida como eficiencia.
2. Teoría sobre la solución: la solución es mejorar la gestión, introducir mecanismos privados de gestión que hagan a esta más eficaz. Optimizar la gestión de los recursos, modernización en la gestión, agilidad en las listas de espera diagnóstica.
3. Prioridad respecto a medidas: externalización de servicios, gestión privada, colaboración público privada, subcontratación de áreas de competencia pública. Racionalización del gasto, gestión eficiente. Libre elección por parte del paciente.
4. Capacidad de la sociedad para resolver el problema.
5. Participación conveniente: asociaciones de profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes, oficina del defensor del paciente, instituciones políticas.

C) ASPECTOS SECUNDARIOS O INSTRUMENTALES

1. Fórmulas concretas de externalización y gestión privada de servicios
2. Medidas para favorecer la mercantilización del sector
3. Liberalización del mercado
4. Libertad de elección
5. Tipo de áreas sanitarias
6. Modelos de organización de los recursos
7. Copago farmacéutico/ atención sanitaria
8. Formas de gestión de las listas de espera diagnóstica
9. Transparencia en la gestión de las listas de espera

7.2. PRIMER PERIODO (2001-2003): Etapa del Gobierno Ruiz Gallardón - Echaniz. Recepción de las transferencias y aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)

7.2.1. Primeros debates sobre el modelo

Alberto Ruiz Gallardón llegó a la Presidencia de la Comunidad de Madrid en 1995 y permaneció en el cargo hasta 2003. Después el Partido Popular revalidó su victoria con la candidatura de Esperanza Aguirre hasta 2013 en la que esta cede el testigo a Ignacio González. Con Alberto Ruiz Gallardón se iniciaron las negociaciones para las transferencias de la sanidad a las Comunidades Autónomas pendientes, entre ellas la Comunidad de Madrid. Con este motivo se creó la Comisión de Transferencias con el gobierno central, también detentado en aquellas fechas por el Partido Popular. Antes de recibir las responsabilidades en la gestión sanitaria en la Asamblea de Madrid comenzaron los debates sobre la Ley de Ordenación Sanitaria.

El texto del proyecto de ley definió el sistema sanitario madrileño como el conjunto de recursos, de normas y medios organizativos y acciones orientadas a hacer realidad el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos madrileños. Con ello se aclaraba que todo lo vinculado con la salud en la Comunidad de Madrid quedaba integrado en este sistema sanitario rigiéndose por los principios y normas recogidos en la ley. Por otro lado, diseñaba un modelo sanitario que situaba al *ciudadano en el centro del sistema*, garantizándole su derecho a una atención sanitaria adecuada y de calidad. Para ello diseñaba una estructura organizativa apoyada en un dispositivo de *Agencias Sanitarias* que a modo de gestores de cabecera serían las encargadas de garantizar una gestión personalizada, directa y rápida, tanto del acceso al sistema como del resto de las prestaciones no asistenciales. Por otro lado, se incidía en el objetivo de *eficacia y eficiencia* en la gestión de los recursos, se separan con claridad las funciones administrativas y de compra de servicios de las funciones asistenciales, para lo que se establecen con claridad la separación entre las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios, con la idea de introducir competencia entre los actores del sistema sanitario.

El nuevo modelo sanitario incorporaba otras innovaciones, por ejemplo, la función de aseguramiento asistencial asignada a la autoridad sanitaria de la que dependía la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid y la función de compra de servicios sanitarios, es decir, la distribución del presupuesto sanitario fue atribuido al Servicio Madrileño de Salud que adquirió el estatus de Ente Público dotado de personalidad jurídica propia regido por derecho privado. La función de provisión de servicios corresponde a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que integraba todos los recursos asistenciales de la región incluidos los centros de titularidad no pública-red de clínicas y hospitales privados-que conservaban su estatuto jurídico privado, quedando incluidos en la Red Sanitaria de Utilización Pública, obligados a cumplir, eso sí, los mismos criterios de acreditación y estándares de calidad que son comunes para toda la red asistencial.

Al mismo tiempo se crea el Instituto Madrileño de Salud (recientemente eliminado) bajo el estatuto de Ente Público con personalidad jurídica propia, regido por derecho privado, lo que le permitiría un amplio margen de funcionamiento y gestión. Por su parte, la función de compra de servicios destinados al sistema sanitario, que como hemos visto, correspondía al Servicio Madrileño de Salud, se realizaría en adelante a partir de la información de necesidades de salud expuestas en el Informe del Estado de Salud de la Población -elaborada por la autoridad sanitaria- y que se acompaña de un sistema de planificación de la función de compra y un programa de asignación por objetivos; quiere decirse, que la asignación presupuestaria a los centros sanitarios estarían en función de cumplimiento de objetivos marcados. Finalmente se contemplaban el uso de mecanismos de control del rendimiento, desempeño y calidad del servicio, para lo cual se diseñan instrumentos de Evaluación, Acreditación y Calidad de los servicios sanitarios, a este fin se creó la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección.

Una de las aportaciones más singulares de esta ley fue la figura del Defensor del Paciente, un órgano de nueva creación encargado de mediar en los conflictos, reclamaciones y demandas de los pacientes, figura que como dijera el Consejero de Sanidad en la presentación del proyecto de ley ante el pleno de la Asamblea de Madrid:

“Es un órgano independiente en el seno de la Consejería de Sanidad, que incrementa nuestra capacidad de comunicación en interrelación de esta con aquellos y permite, además, fiscalizar internamente el funcionamiento de los servicios asistenciales e intermediar en los conflictos que se planteen”.

El modelo sanitario que se diseña se asienta sobre la base de la puesta en práctica del principio de libertad de elección de médico, hospital, servicios y centro, por parte del paciente; y la búsqueda de la eficacia y la eficiencia del sistema. Para ello, se introducían mecanismos de gestión flexible de los servicios, recurriéndose a la subcontratación, los contratos programa -fórmula estrella-, por ser la más utilizada, y en general a métodos de gestión flexible experimentados en la gestión de la empresa privada. Todo ello, como venimos observando, en consecuencia con las propuestas de la Nueva Gestión Pública aplicadas a la gestión pública sanitaria.

7.2.2. Formulación y discusión de la reforma: Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)

A continuación se aborda un breve recorrido por los debates parlamentarios que se desarrollaron en la Asamblea de Madrid, que giraron en torno a la aprobación de la LOSCAM, con el objetivo de identificar los conflictos y controversias surgidos en relación a la propuesta del gobierno regional.

Un primer grupo de manifestaciones las encontramos en la sesión del Pleno de la Comisión de Presupuestos, celebrado el 8 de marzo de 2001, en la que el Diputado Sabando Suárez del grupo parlamentario socialistas-progresistas, lanzaba un pregunta al Presidente del Gobierno regional en orden a establecer criterios para gestionar los traspasos de los recursos del Instituto Nacional de Salud a la Comunidad de Madrid. En su pregunta, expuso su diagnóstico sobre la situación del sistema sanitario madrileño y desgranó lo que, a su juicio, eran los problemas más relevantes que afectaban al sistema público sanitario, aún en fase de inicio de las transferencias, y mencionó: la descapitalización del sistema especialmente en infraestructuras, la descoordinación entre atención primaria y atención hospitalaria, las listas de espera, el crecimiento desmesurado del gasto farmacéutico, y por último, la política de personal, señalando, las huelgas de

médicos interinos y de atención primaria y la paralización judicial de las ofertas públicas de empleo desde 1997. Fue precisamente en esta intervención parlamentaria en la que propuso al gobierno regional la creación de una Comisión Técnica en representación de los grupos parlamentarios presentes en la Cámara: sindicatos, asociaciones y colegios profesionales, con el fin de orientar y hacer un seguimiento del proceso de transferencias. Propuesta que fue aceptada por el Presidente del Gobierno regional pero que nunca llegó a convocarse, antes o durante, el periodo a lo largo del que se prolongaron las negociaciones de las transferencias en materia sanitaria.

Con posterioridad, en concreto en la primera sesión de debate del proyecto de ley, la portavoz del otro grupo de la oposición -grupo parlamentario de Izquierda Unida- la diputada García Álvarez, criticó el incumplimiento por parte del presidente de su oferta de favorecer la participación de los grupos parlamentarios de la Cámara en el proceso de transferencias y señalaba:

“La separación entre autoridad sanitaria y compra de servicios y provisión de los mismos, la igualación de la oferta pública y la privada, y la introducción de otros elementos, como son la regulación mediante el derecho privado o la posibilidad de transformación de los centros públicos en cualquier otra nueva fórmula de gestión” - “el objetivo fundamental del Proyecto de ley que hoy presenta el Gobierno no es otra cosa que la introducción de elementos privatizadores en el sistema sanitario público”.

Las críticas señalaron, también, la débil orientación hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, relegando a un segundo plano la atención primaria, a lo que se suma el hecho de que la consideración de las Agencias Sanitarias como elemento centralizador de los recursos sanitarios terminaría con los Centros de Salud y los equipos de Atención primaria. Las Agencias son comparadas con las agencias de viajes, en las que el cliente-usuario elige centro hospitalario, equipo alternativo terapéutico y se le orienta en la demanda y, en consecuencia, la oferta de servicios. Concluyendo que se trataba de un modelo básicamente asistencialista y hospital centrista.

“Se trata de un modelo que plantea que los centros sanitarios pueden configurarse como instituciones con titularidad pública, pero personalidad jurídica propia (fundaciones sanitarias). Con ello lo que se conseguiría es permitir la transformación en cualquier otro modelo de gestión y la consecuente fragmentación del sistema”

Sobre la figura del Defensor del Paciente, ambos grupos parlamentarios se manifestaron en contra de que dependiera directamente de la Consejería de Sanidad, considerando que ponía en tela de juicio su independencia. La igualación de los centros sanitarios públicos con los privados y la posibilidad de regularse por derecho privado implicaría la desaparición del control público. Esta era una de las últimas preocupaciones de los partidos de la oposición, cómo ejercer el control público de un sistema sanitario regido por criterios de gestión privados.

En este mismo debate otro miembro del grupo parlamentario Socialistas-progresistas, señor Fernández Martín, puso en duda el respaldo de los diferentes agentes al proyecto de ley, y centró sus críticas en los objetivos de la reforma que encarna la ley, expresándolo de la forma siguiente:

“Uno de los objetivos fundamentales que pretende la reforma que plantea la ley es la creación de un mercado interno. La única experiencia que tenemos para juzgar su modelo es el caso del Reino Unido, que entró en vigor en 1991, y que el gobierno laborista de Blair lo deroga en 1998. Porque para recuperar la calidad asistencial que tenía el Nacional Health Service hubo que inyectar en el sistema más de un billón de libras. Y que desarticuló toda la profesión médica”

“Esta ley que presentan es un calco de la ley catalana, la ley de ordenación del sistema sanitario de Cataluña, hasta la red sanitaria de utilización pública la calca usted del modelo catalán. Pero olvidan una cosa fundamental que en la red asistencial catalana el sector privado es importante, de calidad y está muy consolidado, cosa que no ocurre en Madrid donde la red sanitaria privada es absolutamente complementaria, no tiene la suficiente entidad.”

En esta misma intervención abundaría en sus críticas sobre la introducción de la competencia entre centros sanitarios y la introducción de la figura de las Agencias Sanitarias,-“*oficina administrativa*”-, según sus propias palabras, y pondría en duda su eficacia en relación a las listas de espera y listas de diagnóstico. Señalando lo siguiente:

“Las Agencias rompen con el modelo anterior de zonificación, la zonificación tal y como la entendemos desaparecerá. -Esto tiene que ver con una vieja querencia del partido popular que es la creación del Área Única -lo único que introducen novedoso son los recursos privados”- (Intervención del diputado Fernández Martín, del Grupo Parlamentario Socialistas-Progresistas).

La configuración del Servicio Madrileño de Salud, organismo encargado de la distribución del presupuesto, como ente de derecho privado suscitaba serias dudas, por ello se preguntaba este diputado: “-¿Por qué sometido a derecho privado? Todo lo relativo con la contratación no está sometido al control democrático, y la contratación tiene que

ver también con la contratación laboral, funcional y financiera”.

En cuanto al Defensor del Paciente fue visto con buenos ojos, pero al igual que sus compañeros de oposición, les suscitaría recelos el hecho de que el Consejero de Sanidad nombrara, cesara y pagara al Defensor del Paciente, razón por la cual vieron que a fin de cuentas sería visto como mero tramitador de quejas.

En este mismo debate el representante del Partido Popular, defendió que desde el año 1991 los programas electorales de su partido, refrendados en las urnas por los ciudadanos en dos ocasiones, proponían este modelo sanitario:

“Un modelo de sanidad pública en libertad, eficaz y eficiente, y un modelo que defiende la universalización, la utilización de todos los servicios sanitarios, sea cual sea su titularidad, y que garantiza la equidad”-. (J. Rodríguez Rodríguez en representación del Grupo Parlamentario del Partido Popular).

En cuanto a las críticas en relación al consenso de la ley, el grupo popular argumentó que esta ley ya tenía el consenso de los ciudadanos de Madrid, los cuales habían votado mayoritariamente en las urnas esta preferencia política. En cuanto a los métodos de gestión se argumentaba que la concertación con la asistencia privada ya existen en otras Comunidades Autónomas, como por ejemplo Extremadura, que en su ley de salud de 2001 hace referencia a ello.

-“Se critica que la ley es privatizadora, y que lo privado aparece al mismo nivel que lo público. Realmente lo que se dice en la ley es que habrá una red sanitaria única donde se incluirán todos los servicios sanitarios, sea cual sea su titularidad, más adelante se dice que los privados tendrán que concertar en las condiciones que se digan. En el País Vasco, donde gobierna Izquierda Unida en coalición, el Servicio Vasco de Salud, es un ente con personalidad jurídica propia y que se rige por el sistema privado”-. (J. Rodríguez Rodríguez, en representación del Grupo parlamentario del Partido Popular).

En lo que concierne a la concertación por parte de los hospitales privados con la sanidad pública, es algo -afirmaba este mismo parlamentario- que ya venía recogido en la Ley General de Sanidad, estableciéndose en unas condiciones y protocolo homologable. -
“Todos los sistemas transferidos han adoptado un modelo muy parecido, con esta ley están gobernando socialistas e Izquierda Unida, por qué no iba a servir para Madrid”-

Como podemos comprobar, los debates parlamentarios previos a la aprobación de la ley se centran en varios puntos que señalan las principales controversias y elementos de conflicto -entre gobierno y oposición- sobre los diferentes aspectos del modelo sanitario definido.

En este contexto de negociación de las transferencias, la Consejería de Sanidad retrasó reiteradamente la convocatoria de la Comisión para la evaluación de las transferencias y varios meses después, los diferentes grupos parlamentarios de la oposición, preguntaban al Presidente regional por qué aún no se había reunido esta Comisión cuando el tiempo para el traspaso de competencias era breve. Entretanto, varias reuniones se producen entre los responsables de la Consejería de Sanidad y los responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo, precisamente, para negociar las condiciones en las que se desarrollaría el traspaso de competencias. Los medios de comunicación en su día se hicieron eco de la opinión del Ministerio de Sanidad en relación a las condiciones en las que se van a producir estas transferencias: es decir, sin la reestructuración de costes y listas de espera⁹⁴.

En todo este proceso, la participación de los grupos de la oposición, como hemos podido comprobar, fue prácticamente nula, característica esta que definiría todo el proceso de transferencia, que se desarrolló por parte del gobierno regional con gran discreción, escasa información y participación.

En resumen, las críticas al nuevo modelo sanitario, por parte de la oposición, se centraron en su marcada orientación hacia la liberalización y la introducción de mecanismos de competencia, la ausencia de una apuesta clara por la prevención y atención primaria y la inclusión en la red pública de los hospitales y clínicas privadas. A lo que habría que añadir la adopción del estatuto jurídico privado para órganos como el Servicio Madrileño de Salud, y la tendencia hacia la introducción de mecanismos privatizadores de la gestión, circunstancia esta que -en palabras de los grupos de la oposición- “supondría una

⁹⁴ A este respecto hay que señalar que una gran mayoría de entrevistados coincidieron en que la Comunidad de Madrid negoció mal las transferencias, al ser la primera de las Comunidades Autónomas pendientes y del mismo partido del gobierno, ello hizo que se recibieran con un déficit financiero. Aunque el INSALUD de Madrid, según JR Repullo su último director, tenía unas cuentas bastante ordenadas y una red consolidada y de calidad, justo antes de ser transferido.

dificultad importante”.

Desde que se aprobó la LOSCAM han pasado más de doce años, y han ocurrido acontecimientos políticos de relevancia en el gobierno de la Comunidad de Madrid, como es el cambio de los titulares tanto en la Presidencia como en la Consejería de Sanidad. Con el triunfo en las elecciones autonómicas de la lista del Partido Popular, encabezada por Esperanza Aguirre, otro equipo aunque sea del mismo partido, entra a gobernar la región, y otras personas las que se encargarán de gestionar los cambios diseñados en la política sanitaria madrileña. Hasta este momento la Comunidad se había hecho cargo de las responsabilidades de gestión sanitaria, y había aprobado por ley un modelo de organización sanitaria que como hemos visto realmente copiaba innovaciones y fórmulas parecidas a las que se habían aprobado en Cataluña, y en varios países del entorno. Así, la Comunidad de Madrid lo que hacía era presentar un modelo distinto al propuesto por los gobiernos del PSOE, y su responsable de Sanidad, Pedro Sabando, defensor de un modelo público, el modelo de los “cubanitos” según declaraba un entrevistado⁹⁵. El gobierno de la Comunidad de Madrid se adhería a la retórica de la Nueva Gestión Pública, en materia sanitaria. Y la importación de las medidas de la sanidad catalana serviría a este fin, tener un modelo que había funcionado, que venía avalado por los organismos internacionales, del cual el Servicio Británico de Salud y sus reformas era un referente⁹⁶.

⁹⁵ Uno de los entrevistados hizo referencia a esta idea, Pedro Sabando diputado del PSOE durante las transferencias había sido el anterior Consejero de Sanidad del gobierno de la Comunidad de Madrid con Joaquín Leguina. Además fue subsecretario de Estado de Sanidad en el periodo del Ministro con Ernest LLuch, Sabando y mucho de sus colegas del Ministerio eran defensores de un modelo público puro (cubano) frente al que el gobierno del PP presentaba una alternativa diferente adhiriéndose a la retórica de las reformas de las Nuevas Gestión Pública en Europa, especialmente en Reino Unido: la separación de funciones y creación de mercados internos eran las medidas estrella, los objetivos la “eficiencia” controlar los costes.

⁹⁶ Otro entrevistado expresaba, respecto a la presencia de los modelos de reformas del Servicio Sanitario Británico, que Gallardón era conocido por ser muy “anglófilo” y que los médicos viajaban mucho a Reino Unido a conocer de primera mano las reformas. Esto viene de largo, de hecho el propio Beveridge estuvo en Madrid, y se le mostró la maqueta del edificio que albergaría al INP (Instituto Nacional de Previsión), era el modelo que importó “Falange” durante el régimen de Franco (Entrevista nº 29)

7.3. SEGUNDO PERIODO (2003-2013) Etapa Gobiernos Aguirre – Lamela – Güemes y Fernández - Lasquety y Gobierno de Ignacio González y Fernández - Lasquety

7.3.1. Introducción

Esperanza Aguirre llega al gobierno de la Comunidad de Madrid después las elecciones autonómicas del 25 de mayo de 2003, en las cuales el Partido Popular revalida la victoria pero pierde la mayoría absoluta conseguida hasta el momento por Alberto Ruiz Gallardón. El PP se queda con el 46,67 % de los votos en la Comunidad de Madrid obteniendo mayoría simple (55 diputados) y a un escaño de los sumados por el Partido Socialista Obrero Español (39,99%, 47 escaños) e Izquierda Unida (7,68%, 9 escaños).

La nueva presidenta es nombrada tras fracasar la elección del candidato del PSOE, Rafael Simancas. La elección de un gobierno formado por los dos partidos de izquierdas, PSOE e IU, no se consumaría por la deserción desde las filas socialistas de dos diputados, Eduardo Tamayo Barrena y María Teresa Sáez que para sorpresa de todos los madrileños sorprendieron a la Cámara y se pasaron al grupo mixto sin apoyar a ningún candidato. Ambos alegaron el incumplimiento de acuerdos previos a las elecciones del Grupo Socialista con Izquierda Unida y las excesivas exigencias (consejerías) que este último grupo solicitaba a cambio de sus apoyos parlamentarios, el “*Tamayazo*” será a partir de entonces como una de las páginas más oscuras de la Democracia española. Después de este escándalo y ante la imposibilidad de formar un gobierno con mayoría absoluta, se repitieron las elecciones autonómicas en la Comunidad de Madrid el día 26 de octubre de 2003. En esta segunda convocatoria el PP obtiene mayoría absoluta. Esperanza Aguirre se convirtió en la primera Presidenta de un Gobierno autonómico de nuestro país.

7.3.2. Primer Gobierno Aguirre - Lamela

La Presidenta Esperanza Aguirre llegó al gobierno de la Comunidad de Madrid con dos compromisos en gestión sanitaria: la reducción del tiempo en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas a un mes, y la construcción de ocho nuevos hospitales, durante

su legislatura. Desde que el nuevo gobierno entra a gestionar la sanidad, despliega una estrategia consistente en poner la política sanitaria al servicio de estos objetivos. La retórica reformista heredada del anterior gobierno y plasmada en la LOSCAM es aparcada. La política sanitaria se orientó a cumplir con esta promesa electoral y poner un hospital en cada ciudad importante de la región. Para ello se importan mecanismos de gestión privada experimentados en los ochenta y noventa en Reino Unido principalmente, bajo la fórmula colaboración público privada (PPP). Formulas elegidas de construcción y posterior gestión de los nuevos hospitales que se realizaron, uno por concesión administrativa a una empresa privada, Capiro propietaria de una sociedad capital riesgo norteamericano (Apax Partners).⁹⁷ Los siete hospitales restantes se construyeron según el modelo conocido como Iniciativa Privada de Financiación (PFI). Un instrumento según el cual una Unión Temporal de Empresas (UTE) financia la construcción de los edificios que alberga los hospitales, y a cambio se queda con la gestión de la parte no sanitaria de los centros: lavandería, cafetería, limpieza, etcétera. En contraprestación la Comunidad de Madrid paga a esta empresa una mensualidad o canon por un periodo de treinta años prorrogables. En lo relativo a la gestión del personal, se buscaron dos fórmulas. El caso concreto del Hospital de Majadahonda, la gestión del personal no sanitario es privada, sin embargo, el personal sanitario es personal estatutario, funcionario de la Comunidad de Madrid. El resto se han constituido Empresas Públicas en cada uno de estos centros hospitalarios para encargarse de la gestión de la parte asistencial, quedando en manos de la iniciativa privada la parte no relacionada con el personal sanitario. Otra alternativa experimentada es el modelo Alcira del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro⁹⁸, en el que tanto la construcción, como la gestión de la infraestructura, los servicios, y la atención clínica está en manos privadas, prestada por personal sanitario no funcionario ni dependiente de la Comunidad de Madrid, sino por la empresa concesionaria en este caso el grupo IDC Salud.⁹⁹

⁹⁷ Capiro Sanidad también pasó a gestionar el Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid, siguiendo un modelo híbrido según el cual una parte de Hospital está abierto a la atención al público procedente de la sanidad pública (con su tarjeta sanitaria) y otra parte para pacientes que pagan directamente por sus servicios.

⁹⁸ Hay que aclarar que el Hospital de Valdemoro no reproduce exactamente el llamado “Modelo Alcira” puesto que en el caso madrileño no se externalizó la Atención Primaria, como si se hiciera en su día en la Comunidad Valenciana.

⁹⁹ IDC Salud es el resultado de la integración del grupo español IDC (Ibérica de Diagnóstico y Cirugía) en el grupo de origen sueco Capiro Sanidad, ambos constituyen el grupo empresarial más importante que opera en España en el Sector Salud. En Madrid además del Hospital de Valdemoro, gestionan la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital de Móstoles H. Rey Juan Carlos, el Hospital Sur de Alcorcón y el Hospital de Collado Villalba, todos ellos integrados en la red

Se trata de centros hospitalarios de tamaño medio pequeño, por el número de camas disponibles, y por la infraestructura y dotación de que disponen. Con ratios bajas comparativamente con otros centros hospitalarios de la región: las ratios de médicos y personal de enfermería se acercan a la mitad que cualquier otro hospital público¹⁰⁰. Un dato más a tener en cuenta es que estos hospitales no cuentan con unidades de análisis clínicos ni unidades de radiodiagnóstico; esta parte se centralizó en el Hospital del Norte, unidades que por su lado y dentro de este mismo Hospital se convierte para su gestión en empresa pública.

Por su lado, los cambios contemplados en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 2008, facultaba al gobierno regional, sin la intervención ni la posibilidad de control de la Asamblea de Madrid, para cambiar la fórmula jurídica de cualquier hospital, centro, unidad e incluidos los Centros de Atención Primaria del sistema sanitario madrileño. Igualmente, esta ley permite la no aplicación del régimen de incompatibilidades para el personal sanitario al servicio de la Comunidad de Madrid, permite que los profesionales médicos puedan ejercer varias actividades, incluso la misma en la sanidad pública y la sanidad privada. Ello explica que los profesionales médicos y sus sindicatos, no se movilizaran en los primeros momentos, el problema no les afectaba, sí al personal de base entre los que tienen la mayor afiliación CC OO y UGT que lideraban las primeras movilizaciones contra la privatización sanitaria.

Con el mismo objetivo se utilizan las externalizaciones y los conciertos con entidades privadas, destinados a aliviar el sistema público de las listas de espera. Merece la pena recordar que la Ley 15/97 sobre Nuevas Formas de Gestión estableció en su día que la gestión de los servicios sanitarios y socio-sanitarios podría llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de “*naturaleza*” o *titularidad pública admitidas en derecho*.” fundaciones, sociedades estatales y empresas públicas, y

sanitaria de la Comunidad de Madrid. Este grupo multinacional de la sanidad opera en Suecia, Finlandia, Reino Unido, Francia, Suiza y Noruega. El grupo ha obtenido en Reino Unido la concesión para la construcción y explotación de nueve hospitales para el National Health Service (NHS) Detrás de Capiro, hoy IDC Salud, está CVC un fondo de capital riesgo británico de los más importantes del mundo.

¹⁰⁰ En este sentido algún entrevistado manifestaba que precisamente en la sanidad pública las plantillas están muy infladas, lo que significa que este dato habría que contemplarlo a la luz de un dato estándar de cuánto personal sanitario se considera el adecuado para la atención de un número determinado de pacientes, ello dependiendo también de las patologías.

consorcios, que tendrán personalidad jurídica propia y se regirán por el derecho privado. Es decir que la prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios podrían llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas.

**Hitos más importantes en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid
Periodo (2003-2014)**

I LEGISLATURA DEL PARTIDO POPULAR CON ESPERANZA AGUIRRE 2003-2007 (Gobierno en minoría del PP)

A continuación se recogen las medidas más importantes desarrolladas por los gobiernos del segundo periodo considerado en la investigación. El primer gobierno del Partido Popular, tuvo como responsable de la Consejería de Sanidad a Manuel Lamela Fernández. En este periodo se inicia la construcción de 8 nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid, prometido en campaña electoral, para ello se utilizan dos fórmulas:

- 1) **La concesión de obra pública:** Hospital del Norte, Vallecas, Arganda, Coslada, Parla, Aranjuez, Majadahonda (este último resultado del traslado del hospital Puerta de Hierro)
- 2) **Por concesión administrativa:** Hospital de Valdemoro

En todos estos hospitales el personal no sanitario corre a cargo de empresas privadas, y el personal sanitario depende directamente del Servicio Madrileño de Salud (Consejería de Sanidad, excepto el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, cuyo personal de servicios y profesionales médicos son contratados por una empresa privada). Es importante señalar que las **empresas destinatarias de estas concesiones** fueron:

Acciona, Sacyr-Vallehermoso, Hispánica, ACS, FCC (Sector Empresas de la Construcción Inmobiliaria)

- Periodo de controversias y conflictos en relación con el caso de las presuntas sedaciones irregulares practicadas por 15 médicos en el Hospital Severo Ocho de Leganés, caso de gran proyección mediática, que finalmente fue sobreesido por la Audiencia Provincial de Madrid.

- Se suprimió el Instituto Madrileño de Salud Pública y la Dirección General de Salud Pública y Alimentación, cuyas funciones eran fundamentalmente la prevención y detención de problemas de salud pública que pudieran afectar a la población debido a crisis alimentarias, pandemias, etcétera.
- Asimismo la Consejería de Sanidad eliminó la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitario: Agencia Laín Entralgo, organismo destinado a la formación del personal sanitario del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

<p align="center">II LEGISLATURA DEL PARTIDO POPULAR (Mayoría Absoluta) ESPERANZA AGUIRRE (2007-2012)</p>
--

En esta segunda el responsable de la Consejería de Sanidad fue **Juan José Güemes** que en 2007 sustituyó a Manuel Lamela Fernández. Este periodo se caracteriza por las siguientes medidas de reforma sanitaria:

- Se inicia la construcción de los Hospitales de Móstoles, Torrejón de Ardoz, y Collado Villalba que figuraban en el programa electoral del Partido Popular además del Hospital de Carabanchel, que finalmente nunca se construyó ya que la Comunidad de Madrid firmó un convenio con el Ministerio de Defensa para que el Hospital Gómez Ulla atendiera la población civil, a cambio de un monto total de 258,7 millones de euros por diez años. Lo que permite, en la actualidad, que los madrileños puedan acceder a los servicios de este centro con su tarjeta sanitaria.
- Fue un periodo de controversias y conflictos en relación a la deriva privatizadora impulsada por Güemes, la conflictividad es importante con los sindicatos y profesionales médicos y enfermería. La “**Marea Blanca**”¹⁰¹ comienza sus manifestaciones y cristaliza en un movimiento de oposición a las reformas; este

¹⁰¹ En relación a este movimiento de rechazo frontal a las externalizaciones de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, uno de los entrevistados reconocía que le había sorprendido la respuesta de la profesión médica, poco dada a este tipo de movilizaciones, y que se trataba de un movimiento dividido: -“quienes realmente están en huelga son los médicos de a pie, porque los Jefes de Servicios que si tienen mucho que ganar con estas privatizaciones, no respaldan el movimiento”-Entrevista n° 39.

movimiento estuvo liderado especialmente por los profesionales sanitarios (Médicos y Personal de Enfermería).

- Se llevan a cabo mejoras en la infraestructura de diversos Hospitales: La Paz, Clínico, 12 de Octubre, Príncipe de Asturias de Alcalá, El Escorial, Móstoles y Fuenlabrada.
- Se adjudican a empresas privadas la gestión informática, citas telefónicas, análisis clínicos centrales de seis hospitales, y 250 centros de Atención Primaria a la Sociedad BR Salud (Unión Temporal de Empresas) comprada en 2013 por Unilabs¹⁰² en manos del Grupo Capió Sanidad, en cuyo consejo de administración estaba presente el propio Consejero de Sanidad, obligado a dimitir posteriormente.
- Las listas de espera (otra de las ofertas electorales) siguen sin conocer grandes cambios. La propia Comunidad de Madrid la estableció en 30 días, pero contando no desde que la intervención es prescrita por el especialista, sino desde que el paciente es atendido por el anestesista. En la Comunidad de Madrid aún no es posible operarse en 30 días, según el Informe de la CECU es en realidad de 5 meses, sólo el 46,1% de los pacientes son intervenidos en un mes.
- El Consejero Güemes anunció la **Ley de Libertad de Elección y el Área Única** (fuente de enfrentamiento con los sindicatos) que supondría la posibilidad por parte de los madrileños de elegir Médico, Enfermera, Pediatra o Especialista, en cualquiera de los centros de la Comunidad de Madrid.
- La Consejería de Sanidad anuncia el **Plan de Infraestructuras Sanitarias 2007-2011**, bajo el eslogan “aproveche las oportunidades de negocio para su empresa” dirigido a las Empresas Constructoras, Entidades financieras, Aseguradoras sanitarias, Empresas auxiliares y de equipamientos del sector. Un plan orientado fundamentalmente a la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias (cuatro nuevos hospitales) la remodelación, modernización de la existente, y la construcción de cincuenta y cinco nuevo centros de Atención Primaria.

¹⁰² Unilabs es una compañía multinacional de origen suizo, líder en Europa en la prestación de servicios auxiliares de diagnóstico médico, entre ellos los análisis clínicos, opera en 11 países. En la Comunidad de Madrid durante el mandato del Consejero Güemes los análisis clínicos se externalizaron, posteriormente se conoció que formaba parte del Consejo de Administración de la compañía en España, circunstancia que forzó su dimisión. Unilabs fue la concesionaria de los análisis clínicos de 49 centros de salud, 107 Consultorio locales, 100 residencias, y 6 Hospitales.

Gobierno de Ignacio González - Fernández-Lasquetty (2010-2014)

Javier Fernández-Lasquetty asume la cartera de Sanidad en 2010, con Esperanza Aguirre, tras la dimisión de Juan José Güemes, por su vinculación con empresas adjudicatarias de las externalizaciones. Durante su mandato pone en marcha las siguientes medidas:

- Implanta la Área Única Sanitaria¹⁰³
- Desarrolla la Ley de Libertad de Elección
- El Ministerio de Sanidad saca adelante el Real Decreto 16/2012, por el cual se regula la condición de beneficiario y asegurado en el sistema público sanitario, y se vincula con la condición de asegurado (un triunfo de las aseguradoras privadas) Se busca la transformación del modelo de **cobertura universal**¹⁰⁴, a un **modelo de seguros**¹⁰⁵. Igualmente se toman medidas para restringir la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares y colectivos desfavorecidos.
- El **Plan de Estabilidad** que el gobierno central envía a la Unión Europea recoge un recorte del gasto sanitario de 7.200 millones de euros para el periodo 2012-2013.
- La Comunidad de Madrid obligada por el cumplimiento de los compromisos de déficit con el gobierno central, vería reducido su presupuesto en 2.700 millones de euros.
- El Ministerio de Sanidad saca adelante un Real Decreto por el que se retira la tarjeta sanitaria a los inmigrantes sin papeles, un colectivo que se calcula en la Comunidad de Madrid asciende a más de treinta mil personas, que tendrán que contratar un seguro de asistencia. Los inmigrantes en esta situación conservan el derecho sólo en dos situaciones: accidente, urgencia, o embarazo.

¹⁰³ La implantación del Área Sanitaria Única supuso la desaparición de las 11 Áreas Sanitarias existentes en la Comunidad de Madrid. Medida destinada a favorecer la Libertad de Elección de Médico, Enfermera, Especialista y Pediatra, por parte de los usuarios, entre todos los centros de la región. También se buscaba con esta medida favorecer la movilidad del personal sanitario entre los centros, puesto que dejaban de estar adscritos a un área sanitaria concreta. La ley del Área Sanitaria Única y Libre Elección fue rechazada por los partidos de izquierda PSOE – IU en la Asamblea de Madrid, argumentando que verdaderamente lo que se buscaba era desregular la sanidad. Uno de los entrevistados manifestó al respecto que las Áreas Sanitarias se habían convertido en verdaderos reinos de taifas (Entrevista nº 13)

¹⁰⁴ Realmente la cobertura universal no ha sido cierta nunca en nuestro Sistema Nacional de Salud, puesto que se heredaron situaciones como la de los colectivos de la Mutualidad de Funcionarios (MUFACE) la MUJENGU (Mutualidad General Judicial) para el personal de la Administración de Justicia, cuya particularidad es que pueden elegir proveedores privados financiados por el Estado.

¹⁰⁵ Un entrevistado expresaba que realmente el modelo que siempre había defendido el Partido Popular era el modelo MUFACE, en el que el aseguramiento y la financiación es pública, y la provisión de servicios privada; y en muchos casos es presentado como un modelo de éxito por su eficacia y calidad en opinión de algunos (Entrevista nº17)

- En octubre de 2012 anuncia reformas contempladas en el **Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid**. El objetivo fundamental era cumplir con los objetivos de déficit que se le exigieron a la Comunidad de Madrid para 2013, con un recorte de 2.700 millones, en un contexto de fuerte caída de los ingresos.
- El **Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid**, recogía las siguientes propuestas:
 - Un recorte presupuestario de un 7% para la Sanidad
 - Imposición de “euro por receta”¹⁰⁶ tasas para todas las recetas expedidas en Centros de Salud (contradiendo las instrucciones del gobierno central (PP) que lo recurrió ante el Tribunal Constitucional, que dictó una sentencia por el que esta medida era derogada
 - Generalización de la externalización de la gestión de todos los servicios generales de los hospitales de la Comunidad de Madrid
 - Privatización de la gestión sanitaria en seis de los siete hospitales de gestión privada
 - Privatización del 10% de los Centros de Atención Primaria de la región, dando prioridad a los profesionales que se quisieran conformar como cooperativa, o sociedad privada de gestión
 - En protesta, 300 cargos de la sanidad pública presentaron su dimisión
 - Se anuncia la transformación del Hospital de la Princesa en un Hospital de Alta Especialización geriátrica (el conflicto desatado con pacientes y profesionales se cerró permitiendo que continuara siendo de atención general con un área de atención geriátrica y de urgencias) y el Hospital Carlos III en un centro para estancias medias
 - El PSOE lleva a los tribunales la privatización de los Hospitales y Centros de Atención Primaria anunciados por el gobierno regional, para lo que interpone un recurso contencioso administrativo contra la Consejería de Sanidad.

¹⁰⁶ Según expresaba el propio Presidente de la Organización Médica Colegial, los partidos de izquierda en la Asamblea (PSOE-IU) y Sindicatos UGT y CCOO, el euro por receta penalizaba la enfermedad, a los más pobres (especialmente los enfermos crónicos y las personas mayores)

- El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, levanta la suspensión cautelar existente sobre el proceso de privatización de los seis Hospitales propuestos por la Consejería de Sanidad. El TSJM interpretó que el Partido Socialista no estaba legitimado para interponer este recurso, puesto que no tenían la condición de licitadores, entre otras razones
- Se da a conocer la propuesta de adjudicación de los seis hospitales propuestos para su externalización completa: H. Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Sureste y Hospital del Henares)
- Las Empresas Adjudicatarias fueron: Ribera Salud (H. Infanta Leonor de Vallecas, y H. Sureste de Arganda del Rey)
- BUPA Sanitas recibe la adjudicación del Hospital del Henares de Coslada.
- Para el Grupo de origen Puertorriqueño HIMA San Pablo: Los Hospitales Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, H. Infanta Cristina de Parla, del Tajo de Aranjuez
- El contrato de gestión de los centros es de 10 años. La Consejería de Sanidad en el comunicado tras la adjudicación, informa de que el proceso supondrá un ahorro anual para los madrileños de 168 millones de euros anualmente. Un 20% menos respecto a la gestión anterior
- Nueva Paralización del proceso privatizador por parte del Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Madrid, amparándose en la protección de derechos fundamentales, tras la denuncia presentada por la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM)

7.3.3. Coaliciones de Actores del subsistema de la política sanitaria en la Comunidad de Madrid

En consecuencia este epígrafe está dedicado a identificar las instituciones propias del sistema político que han jugado un rol importante condicionando el curso de acción de los cambios en la política sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Así, en la primera etapa analítica que se ha considerado, coincidente con la recepción de las transferencias, se visualiza con claridad que hay varios actores protagonistas de los cambios. Por un lado estaría el Gobierno Central del Partido Popular y José María Aznar de Presidente, que en la anterior legislatura había nombrado (contra todo pronóstico) a Romay Becaria¹⁰⁷ como Ministro de Sanidad, quien impulsaría la Ley de Nuevas Formas de Gestión de 1997, con la idea de flexibilizar la gestión sanitaria del INSALUD, considerada burocrática, incorporando las experiencias desarrolladas por el mismo en Galicia: las Fundaciones Sanitarias.

Lo fundamental de las primeras medidas del Ministro de Sanidad y Consumo cuando llegó fue que no impulsó una política destinada a cambiar el modelo, y privatizarlo, como a priori hubiera sido lo esperado. Siguiendo el discurso de uno de los entrevistados, Romay asumió la herencia de valores que cristalizó en la Ley General de Sanidad, que había sido impulsada por el gobierno socialista del PSOE (Entrevista nº 20) El gobierno conservador no quería practicar una política que le hiciera parecer que estaba contra un modelo sanitario de cobertura universal, equitativo y solidario, de tal forma que los cambios irían más por la gestión, así entró en el SNS el gerencialismo. Se trataba de incorporar gestores del mundo empresarial a gestionar los servicios públicos sanitarios, igualmente se expandieron los contratos programa, y las fundaciones. En todo caso lo que demostraría era que la Ley 15/97 de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, tuvo dos características: una fue que incorporaba la retórica gerencialistas al Sistema Nacional de Salud; y dos, que estos principios y valores del gerencialismo eran compartidos por los dos grandes partidos, y esta ley fue un pacto entre ambos.

El Presidente del Gobierno nombró a Celia Villalobos con el mandato de culminar las transferencias. En esto jugó un papel muy importante el Ministerio de Hacienda, que presionaba para culminar los traspasos sanitarios, el cierre del modelo de financiación

¹⁰⁷ Un entrevistado señalaba, para ilustrar la filosofía de gestión del primer gobierno popular: -“Hemos de tener en cuenta que Romay siendo Ministro de Sanidad, declinó estar en la inauguración del Hospital de Alcira, abanderado de la privatización sanitaria en España”- (Entrevista nº 39)

autonómica aprobado a finales de 2001¹⁰⁸, que implicaba la cesión de capacidad normativa sobre los tributos, y la gestión de tramos del IVA, IRPF, y los Impuestos Especiales, circunstancia que tendría su importancia porque a partir de la reforma de 2002 la sanidad quedaría integrada dentro de la financiación autonómica global, con algunas variaciones. Se querían evitar diferentes modelos de financiación autonómica, además de los ya existentes. Una circunstancia que afectaba especialmente a la financiación sanitaria, por ello el modelo de transferencia sanitaria se tenía que cerrar. En este sentido había que tener en cuenta que hasta 2001 la sanidad había estado gestionada, una parte por el Ministerio de Sanidad (INSALUD) y otra mitad (aproximadamente) por las Comunidades Autónomas, que ya recibieron las transferencias desde los años ochenta, con Cataluña a la cabeza. En este sentido el Ministerio de Hacienda jugó un rol impulsor de los cambios creando incentivos en la nueva ley para que la CC AA pendientes negociaran sus traspasos, entre ellas la Comunidad de Madrid, puesto que al tiempo se acogían al nuevo modelo financiero que permitía beneficios fiscales, entre ellos mayor capacidad normativa sobre algunos impuestos, y la cogestión de tramos más importantes de los grandes impuestos.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo en esta etapa lo que hizo fue facilitar el camino para que estos cambios en la financiación autonómica no dejaran a ninguna CC AA sin la Sanidad transferida; pudiéndose cerrar el modelo en lo que se refería al bloque de traspaso de las grandes políticas de bienestar, la Sanidad era la más importante, por el volumen e importancia tanto económica, como en recursos humanos y materiales.

Una vez transferidas las competencias, el Sistema Nacional de Salud, pasaría a estar compuesto por la integración de los diecisiete servicios regionales de salud (SRS). El Ministerio de Sanidad comenzó un declinar importante en lo referente a la dirección y el liderazgo de las reformas y cambios en el sistema, hasta nuestros días. Algún entrevistado argumentaba al respecto: “A partir de este momento los diferentes gobiernos de la nación

¹⁰⁸ El marco jurídico que afectó a la reforma de la financiación sanitaria fue la aprobación de la Ley 21 de 2001, de 27 de diciembre, para la regulación de las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común (todas excepto Navarra y País Vasco) y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Con anterioridad a la reforma la financiación sanitaria era instrumentada a partir de transferencias condicionadas procedentes del presupuesto del INSALUD, calculada según criterios de población protegida en cada territorio, insularidad, y población mayor de sesenta y cinco años.

han considerado que la sanidad es cosa de las CC AA declinando jugar un papel de liderazgo en los cambios del sistema, haciendo dejadez en ocasiones de sus funciones entre ellas la importante función de coordinación” (Entrevista nº 3).

En efecto, a partir de ese momento, las CC AA comienzan a organizar y gestionar la sanidad siguiendo un modelo continuista en muchos casos, innovando en otros, e imitando estas innovaciones; siguiendo un fenómeno de emulación de mejores prácticas: la moda era el gerencialismo aplicado en Cataluña, la idea era meter gerentes de sector privado para cambiar el modelo burocrático del INSALUD. Todas las CCAA lo hicieron, una creando Fundaciones Públicas (Galicia), otras las Empresas Públicas (Andalucía). Estas reformas gerencialistas no funcionaron, especialmente en Cataluña. Para el caso de la Comunidad de Madrid, a partir de este momento, fueron el Presidente y el Consejero de Sanidad, José Ignacio Echaniz, quienes impulsaron los cambios, como hemos visto. En la formulación de la reforma hubo otra institución política, la Asamblea de Madrid, la que jugaría un papel importante como foro de debate entre gobierno y oposición, no de consenso y participación, pero sí de confrontación de ideas respecto al modelo de reforma planteado y sus consecuencias. Los partidos de la oposición no tuvieron ningún protagonismo en el proceso de transferencia, ni de formulación de la reforma; sin embargo, el titular de la Consejería de Sanidad sí se reunió con los sindicatos y organizaciones sanitarias para consultarles sobre el anteproyecto de ley.

En la segunda etapa analítica contemplada en esta investigación, con los gobiernos de Esperanza Aguirre e Ignacio González, el parlamento ha perdido el poco protagonismo que tuvo en la etapa anterior como caja de resonancia de las controversias en torno a las reformas, y el liderazgo de los cambios pasó totalmente a manos de la Presidencia del Gobierno y la Consejería de Sanidad (y sus titulares) de la Comunidad de Madrid. En el último año contemplado, y como consecuencia de la radicalización en las reformas, es cuando aparece una nueva institución que ha cobrado un protagonismo inusitado en el conflicto sanitario, los Tribunales de Justicia, cuyas sentencias han avalado en unos casos las externalizaciones emprendidas por la Consejería, o han detenido estos procesos de cambio, actuando como verdaderos *veto player*, siguiendo a Tsebelis (2002) con capacidad para frenar o cuanto menos someter a un proceso de dilación *sine die* los

cambios impulsados por los actores, con consecuencias imprevisibles.

Primera Etapa: Gobierno Ruiz-Gallardón Echániz

En este apartado se identifican los actores que influyeron los procesos de cambio en la política sanitaria en los dos periodos considerados. Con este fin se elaboró un mapa de actores con cuyos intereses se pusieron en juego y se orientaron las reformas. Para facilitar el análisis se distinguen los actores gubernamentales de los no gubernamentales. La diferencia entre unos y otros estriba principalmente en el tipo de legitimidad de los intereses que representan, su papel institucional en el sistema político, y los marcos en los que despliegan su actividad. Los actores gubernamentales considerados para el caso de esta tesis son: la Presidencia del Gobierno de la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad, la Asamblea de Madrid, el Ministerio de Sanidad, los Partidos Políticos y los Tribunales de Justicia.¹⁰⁹ Por otro lado estarían los actores no gubernamentales: serían aquellos que ni representan instituciones públicas propias del sistema político, y que tampoco representan intereses generales, sino más bien organizaciones sectoriales. Aquí se incluyen las organizaciones profesionales: Colegio de Médicos, Colegios de profesionales sanitarios, Asociación farmacéutica, Sindicatos de Enfermería, Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Asociaciones y plataformas para la Defensa de la Sanidad, Sindicatos UGT y CCOO, y Asociaciones de consumidores y usuarios, periodistas, grupos de expertos y científicos, Fundaciones y Empresas consultoras.

También se ha tenido en cuenta el criterio de visibilidad de los actores: hay actores visibles que expresan y defienden públicamente sus intereses en los espacios públicos e institucionales (Asamblea de Madrid), y otros espacios públicos (prensa, revistas profesionales, medios de comunicación en general, en la calle). Sin embargo hay otros actores (sector de la industria farmacéutica, empresas constructoras, consultoras) que interactúan en el espacio de las “red de la política”, pero que no son visibles y que más bien se expresan por intermediación de otros actores visibles: responsables políticos,

¹⁰⁹ Los Tribunales de Justicia, especialmente el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM), no han sido contemplados como un actor institucional importante en los procesos de reformas porque realmente ha sido al final de la etapa considerada cuando están tendiendo un protagonismo desconocido, paralizando los procesos de externalización de hospitales impulsados desde la Consejería de Sanidad.

diputados, partidos políticos, asociaciones profesionales, sindicatos, medios de comunicación.

Para caracterizar a estos actores el criterio considerado ha sido su “poder de influencia”, las fuentes de estas capacidades y cómo las ejercen. En este sentido los actores gubernamentales son relevantes pues son los encargados por mandato legal de desarrollar en la Comunidad de Madrid la reglamentación relativa a la organización y gestión de la sanidad. Tienen no solo la facultad de definir las reglas del juego, sino también la capacidad de redistribución de recursos de poder, económicos y de oportunidades limitándolas o ampliándolas. El principal actor gubernamental sería el Gobierno Regional, en primer lugar la Presidencia del Gobierno y la Consejería de Sanidad, con menor importancia la Asamblea de Madrid, y el Poder judicial (Tribunales) que han devenido en actores con capacidad de veto.

Entre los actores gubernamentales más relevantes en la primera etapa considerada, por su capacidad de decisión sobre la reforma que entraba en la agenda institucional, estos actores fueron el Presidente, Alberto Ruiz Gallardón, y su Consejero de Sanidad José Ignacio Echániz, verdadero *empresario político (policy maker)* de la reforma sanitaria que, como hemos visto, implicó la Ley de Ordenación Sanitaria. Fue la persona que le dedicó recursos, tiempo, y aprovechó la oportunidad política, convenciendo al resto del Gobierno de que la solución para el futuro de la sanidad madrileña pasaba por la alternativa que él proponía. Su alternativa, aprovecharía las innovaciones que se estaban desarrollando en Europa, puestas en marcha en Cataluña en los noventa, especialmente la separación de funciones y la Red Sanitaria de Utilización Pública (mercado interno). El Consejero aprovechó estas experiencias para presentar un modelo diferente. Su gobierno al recibir las transferencias sanitarias estaba obligado a presentar en el parlamento un modelo diferente al que representaba la oposición del PSOE representada por el jefe de la oposición en la Asamblea de Madrid, el diputado Pedro Sabando Suárez, anterior Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y defensor de un modelo cien por cien público. Una de las personas entrevistadas afirmaba al respecto: “el gobierno de la Comunidad de Madrid, al recibir las transferencias se adhiere al paradigma reformista británico buscando la orientación del modelo hacia la participación privada” (Entrevista nº

32). De este paradigma de la llamada Nueva Gestión Pública, en gestión sanitaria, se experimentaban la separación de funciones, la gestión indirecta, los mercados internos, etcétera. Medidas que importó del Reino Unido (NHS) la Generalitat de Cataluña en los noventa y que incorporó en su Ley de Ordenación Sanitaria (LOSC). Cataluña durante los años noventa fue una región donde, en sus primeros años, este modelo fue exitoso; y así lo presentaba el Consejero de Sanidad en la Asamblea de Madrid, al defender un mismo modelo para la región, basada en estas innovaciones que en definitiva permitiría la entrada de la gestión privada en la sanidad pública. En este sentido, un entrevistado afirmaba: “A Cataluña le vino muy bien el discurso de la separación de funciones, y la creación de los mercados internos, porque en su caso era un discurso que se adhería perfectamente a la realidad, no fue, ni es el caso de la Comunidad de Madrid. La LOSCAM era una mezcla que no tenía ni pies ni cabeza, las Agencias acabarían con las listas de espera, nunca fue así, esta ley nunca se aplicó” (Entrevista nº35).

El entonces Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en el momento de las transferencias sanitarias a la Comunidad de Madrid, Juan José Echániz, era y continúa siendo un hombre de partido, responsable de Sanidad a nivel nacional, de profesión Médico formado en EE UU y Holanda en Economía de la Salud. Consultor y Auditor de Arthur Andersen (Andersen Consulting) en su etapa previa a sus responsabilidades en Madrid. Fue Consejero de Caja Madrid. En la actualidad Responsable de Sanidad y Política Social del Partido Popular, y Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales. Persona vinculada, y esto es relevante, con Enrique Fernández Miranda quien fue su mentor político y responsable en asuntos de Sanidad del Partido Popular, hasta la llegada al Gobierno de José María Aznar. Fernández - Miranda defendía un modelo francés para la sanidad, un modelo que nunca se llevó a la práctica porque no llegó a ser Ministro de Sanidad, responsabilidad que asumió Romay Becaría, que según expresaba un entrevistado: “Llegó al Ministerio de Sanidad con el encargo de asumir las reformas anteriores LGS, desarrollar el modelo de las Fundaciones Sanitarias Gallegas, y estabilizar la oferta de empleo del personal estatutario, el Partido Popular no quería ser tachado de estar contra el estado de bienestar”. A partir de entonces el modelo defendido por Enrique Fernández-Miranda queda aparcado. Desde 2010 es Presidente de la Fundación Price Waterhouse Cooper (PwC) en la que se integró la extinta multinacional

de la Consultoría Arthur Andersen. En los años noventa, ya como responsable del Partido en temas sanitarios, discutió sobre las necesarias reformas del sistema. El modelo que defendía era pro mercado, se debía quitar al estado el monopolio de la asistencia sanitaria, punto en el que convergía con Abril Martorell, y en la necesidad de una reforma gradual del sistema. Este proponía, en nombre de su partido, una reforma que primara la “libertad de elección” de centro sanitario privado o público por parte del paciente, con la misma filosofía de la escuela concertada, los padres pueden elegir, sin ser penalizado por ello¹¹⁰. De todo ello se colige que las ideas vinculadas a la participación privada en la sanidad pública en el Partido Popular vienen de lejos, y que en todo caso la retórica reformista de la Nueva Gestión Pública, en Cataluña, y Reino Unido, fue instrumentada en la Comunidad de Madrid para desbrozar el camino hacia lo que hoy se denomina colaboración público privada, o gestión privada de servicios públicos.

Segunda etapa: Gobiernos Aguirre González

Esta segunda etapa, al igual que en la primera, las reformas están dirigidas desde la principal instancia institucional: el Gobierno de la Comunidad de Madrid, con una postura muy beligerante por parte de la Presidenta Aguirre, y sus respectivos Consejeros de Sanidad, y al final del periodo considerado por parte del Presidente Ignacio González, con el impulso más importante a la externalización hospitalaria y de la atención primaria.

La primera legislatura de Esperanza Aguirre supone un cambio de rumbo respecto al papel de la sanidad y sus reformas en la política regional: la sanidad ya estaba descentralizada, y el gobierno regional en el marco de sus competencias tenía capacidades organizativas y de gestión. La sanidad entraría en la campaña electoral con una oferta espectacular fundamentada en la construcción de ocho hospitales, en distintos puntos de la región. Esta promesa y junto con la de terminar con las listas de espera, fueron los grandes compromisos adquiridos, y a los que se dedicó con todas sus fuerzas el gobierno regional desde el primer momento. Sin embargo, este camino no estaba exento de problemas puesto que el cumplimiento de estos compromisos (en una legislatura)

¹¹⁰ Abril Martorell y Fernández-Miranda discrepan sobre el gasto sanitario. Archivo “El País” 1995.

desbordaba el presupuesto y el déficit permitido para la región, y es aquí cuando se buscan experiencias externas. Nuevamente Reino Unido era una fuente de innovaciones en este terreno. Abanderado en la construcción de hospitales siguiendo el modelo PFI (Iniciativa de Financiación Privada). Esta fórmula facilitaba la construcción de los hospitales cuyos costes de construcción asumía una UTE formada por diversas empresas (especialmente constructoras) que posteriormente recibían la concesión para la explotación de los servicios generales del hospital, y el cobro de un canon diferido en treinta años. De forma que la construcción y equipamiento de los hospitales no computaba como deuda en las cuentas de la administración. Optar por este modelo implicaba que nuevos actores aparecen en escena y se hacen influyentes en la política sanitaria de la región, especialmente relevante sería el Lobby de las empresas de construcción (SEOPAN), también el grupo de las potentes empresas de la sanidad privada, especialmente, Capiro Salud, Ribera Salud, y Sanitas.

Esquema de las alianzas y distribución del poder entre actores

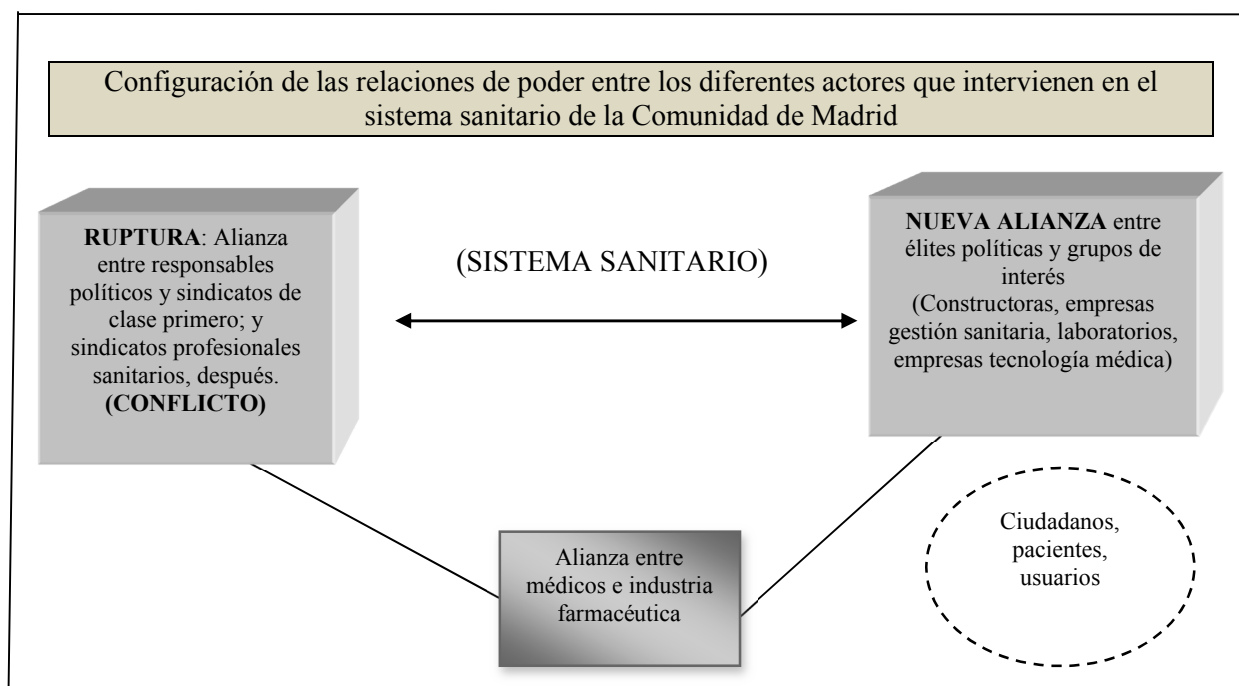


Gráfico (7) Fuente: elaboración propia.

Las fuentes de poder de estos actores les vienen del control de distintos recursos, técnicas, saber y conocimiento, prerrogativas e influencias.

**Mapa de Actores y fuentes de poder en el Sistema Sanitario
en la Comunidad de Madrid**

Fuentes	Agentes	Políticos	Gestores	Médicos	Industria Farmacéutica	Ciudadanos/ Pacientes	Grupos empresaria les
Control de recursos		xxx	xx	x	xx	x	xxx
Control de técnicas		x	x/x	xxx	xx	x	xx
Control del saber		x	xx	xxx	xx	x	xx
Prerrogativas		xxx	xx	xxx	x	x	x
Influencias		xx/xxx	xx	xx	xx	xx	xxx
TOTAL		13	9	12	8	6	12

Tabla (5) Fuente: elaboración propia a partir de Elola Somoza (2001)

COALICIONES PROMOTORAS Y ALIANZAS VINCULADAS A LA REFORMA DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID



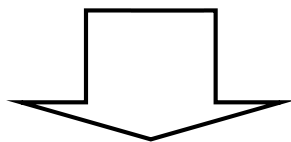
Actores impulsores de la reforma en la Comunidad de Madrid
GOBIERNO DE GALLARDÓN – ECHÁNIZ – (2001-2003)

- Gobierno regional de la Comunidad de Madrid
- Presidente regional
- Consejero de Sanidad
- Partido Popular de Madrid
- Grupo parlamentario popular en la Asamblea de Madrid
- Consejería de Sanidad
- Colegio de Médicos de la Comunidad de Madrid
- Sindicato de profesionales de la Sanidad
- CSI-CSIF Confederación Sindical Independiente de Funcionarios, sector de la Sanidad Pública
- CESM – Madrid (Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid)
- SATSE (Sindicato de Enfermería de Madrid)
- SAE (Sindicato de Auxiliares de Enfermería de Madrid)

GOBIERNO AGUIRRE – GONZÁLEZ (LAMELA – GÜEMES – FERNÁNDEZ LASQUETTY) – (2003-2013)

- Gobierno regional de la Comunidad de Madrid
- Partido Popular de Madrid
- Dirección General de Hospitales de la CAM (ADESLAS)
- Grupo parlamentario popular en la Asamblea de Madrid
- Consejería de Sanidad
- Patronal del sector sanitario (FARMAINDUSTRIA)

NUEVOS ACTORES



- Patronal de la Construcción (SEOPAN)
- Capio Salud – IDC Salud
- Ribera Salud (Bancaja – Bankia)
- Sanitas
- Adeslas
- Círculo de Empresarios
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS)
- Arthur Andersen - Price Water house Coopers (PwC)
- CEIM (Confederación Empresarial de Madrid CEOE)

ALIANZA DE ACTORES (b) Coalición de actores contra la reforma GOBIERNO GALLARDÓN – ECHÁNIZ (2001-2003)
--

- Partido Socialista Obrero Español de Madrid (PSM-PSOE)
- Izquierda Unida (IU-CM)
- Grupos parlamentarios de izquierda en la Asamblea de Madrid
- Sindicato Unión General de Trabajadores: UGT - Federación Servicios Públicos de Madrid.
- Sindicato Comisiones Obreras (CCOO)
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP)
- Federación de Asociaciones de Vecinos de Madrid (FAVM)


COALICIÓN DE ACTORES contra la reforma . GOBIERNOS AGUIRRE – GONZÁLEZ Y LAMELA-GÜEMES-FERNÁNDEZ LASQUETTY.

Se amplía la alianza que incorporan los colectivos del personal sanitario (Sindicatos Médicos, Enfermería y colegios profesionales) afectados por las nuevas reformas:

- Partido Socialista Obrero Español de Madrid (PSM-PSOE)
- Izquierda Unida (IU-CM)
- Grupos parlamentarios de izquierda en la Asamblea de Madrid
- Sindicato Unión General de Trabajadores: UGT - Federación Servicios Públicos de Madrid.
- Comisiones Obreras (CCOO) Federación de Sanidad y Sectores Socio sanitarios.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

(ADSP)

- Federación de Asociaciones de Vecinos de Madrid (FAVM)

- 
- Sindicato Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios (CEM-SATSE) Sección autonómica para Madrid (AMYTS)
 - Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem)
 - Organización Médica Colegial
 - SAE (Sindicato Auxiliares de Enfermería)
 - AFEM (Asociación de Facultativos y Especialistas de Madrid)
 - Plataforma de Trabajadores y Usuarios por la Salud.
 - Coordinadora Anti privatización de la Sanidad Pública

Nuevos actores que entran a formar parte de la coalición contra las reformas en la política sanitaria en la Comunidad de Madrid

Tabla (6) Clasificación de actores y su vinculación con las reformas

Según Elola Somoza¹¹¹, entre estos actores se han producido y reproducido unas alianzas tradicionales en la política sanitaria en España, en gran parte capturada por estas alianzas entre industria farmacéutica, Farmaindustria, y los profesionales médicos que reciben gratificaciones en especie en forma de viajes, becas de estudios, etcétera. Y por otro lado, la alianza entre políticos, burócratas, y altas cúpulas sindicales. Una alianza que garantizaba¹¹² un uso político de la sanidad de forma que a cada cambio político se incorporan cambios en los gestores de la mayor parte de la red sanitaria¹¹³. Por otro lado,

¹¹¹ Elola Somoza, Javier “Política Sanitaria Española”. Díaz de Santos. Madrid. 2001.

¹¹² Esta tesis precisamente trata de aportar evidencias para el caso de la Comunidad de Madrid, donde la alianza entre políticos, burócratas, cúpulas sindicales y profesionales, se ha roto. Los gobiernos del Partido Popular en la Comunidad de Madrid son precisamente una prueba de ruptura de estas alianzas y aparición de otras nuevas formadas por los grupos privados de interés y los gobiernos: se intercambian recursos políticos (clientelismo-politización) y recursos económicos (grupos de interés) Estas afirmaciones aparecieron en prácticamente todas las entrevistas realizadas para esta investigación.

¹¹³ En la gran mayoría de las entrevistas existe una coincidencia en afirmar que la descentralización ha supuesto una gran politización de la gestión sanitaria, los políticos han ocupado los niveles de gestión para colocar sus clientelas políticas. —“Se ha visto reducido enormemente el espacio de la “meso gestión” de forma que los puestos directivos no son ocupados por méritos y capacidad técnica, sino por clientelas políticas. La consecuencia ha sido la descapitalización

las cúpulas sindicales obtenían por su lado el beneficio de colocar a través de los liberados a mucha de su clientela sindical, una “zona de confort” que permitía a unos, los profesionales no tener un alto grado de exigencia o dedicación, a cambio de salarios bajos; a otros, los políticos, paz social y cero conflictos.¹¹⁴ Según este mismo autor, de los actores implicados en la generación de la agenda política sanitaria por orden de importancia estarían: los políticos, gestores, profesionales sanitarios, sindicalistas, proveedores y periodistas. En último lugar y fuera del sistema estarían los pacientes y ciudadanos, que son al fin y al cabo los titulares del sistema, con una capacidad de influencia que aumenta como consecuencia de la descentralización en la medida en que a través del voto su poder de incidencia sobre la política sanitaria es mayor que cuando esta estaba descentralizada. Los compromisos electorales respecto a la construcción de hospitales y la gestión de las listas de espera son un ejemplo de lo dicho, -“a través de la política (el ciclo electoral) el paciente que es ciudadano tiene cada vez más poder”, -“el médico, los jefes de servicio, la industria y los laboratorios ya no tienen tanto poder... la tendencia en la gestión sanitaria es hacia la gestión privada de los intereses públicos, en esta nueva correlación de fuerzas uno de los actores más importantes son los sindicatos profesionales del sector sanitario, después los médicos y colegios de médicos, tienen poder pero menos que en otros tiempos, la industria es menos potente de lo que pudiera parecer: la política y la democracia con sus ritmos electorales ha permitido la incidencia del ciudadano con su voto en la introducción de cambios en el sistema a través de las promesas electorales”- “La puesta en marcha de la gestión de las listas de espera y otras reformas como la creación de las Fundaciones público privada y la incorporación de la iniciativa privada en la gestión del sector público han sido posible gracias a la presión de los gobiernos y su incidencia en el sistema sanitario que se ve obligado como consecuencia de estos cambios”-“con estos cambios los que más pierden son los sindicatos de los colectivos no profesionales UGT y CCOO, muy afectados por los hospitales de iniciativa privada, porque pierden clientelas consolidadas en el modelo de

del sistema de una tecno estructura técnica importante y solvente de la gestión sanitaria”- (Entrevistas nº 4) (Entrevista nº 35)

¹¹⁴ Uno de los entrevistados (Entrevista 38) miembro de una importante Consultora del Sector Salud, afirmaba que esta alianza sigue estando vigente en la mayor parte de las CC AA, y es la alianza que en la Comunidad de Madrid se ha roto, siendo sustituida por una nueva alianza entre gobernantes, constructores, grupos empresariales del sector sanitario, y electores.

gestión burocrático”-¹¹⁵

7.3.4. Ideas y Creencias de las coaliciones promotoras

Coalición promotora de las Reformas

El sistema de creencias de esta coalición está compuesto por ideas fundamentales sobre el individuo en la sociedad, para ellos el referente político y económico es la “libertad individual” por encima de otros valores, como por ejemplo la igualdad o la justicia social. Por ello entienden que las políticas y el estado en ningún modo deben ser una limitación a la libertad del individuo. También en el terreno económico, para esta corriente de pensamiento vinculada al neoliberalismo económico, se defiende un estado poco interventor. En efecto, se piensa que el estado no deja de ser un agente limitador de las libertades individuales, en su lugar debe ser el mercado el que asigne los recursos de forma más eficiente. El estado no es que sea rechazado por el sistema de creencias de esta coalición reformista, sino más bien se entiende que debe jugar un papel alejado de la prestación de servicios, dejando hacer al mercado; el papel del estado sería más bien proveer de reglas y normas que favorezcan y faciliten la libertad de empresa. La libertad es primordial para que los agentes puedan moverse y desplegar sus actuaciones, sin limitar la libertad de circulación y movimiento en el mercado.

En consecuencia el estado es considerado como una gran burocracia, que desarrolla sus propios intereses al margen del interés general de los ciudadanos, y por esta razón deben jugar un papel muy limitado, especialmente en la provisión de servicios. Las fórmulas de gestión pública, reguladas por derecho público en vez de por el derecho mercantil, hacen que la gestión de los recursos humanos y materiales sea más ineficaz, menos eficiente, por ello el agente prestador de los servicios -incluidos los servicios públicos como la sanidad- debe estar en manos de agentes privados que compiten en el mercado por los recursos, y que deben conectar con las preferencias de los usuarios, el papel regulador del

¹¹⁵ Estos argumentos fueron expresados por una de las personas entrevistadas, en concreto a lo largo de la Entrevista con un Responsable de un Hospital Concertado con la Comunidad de Madrid (Entrevista nº 14)

estado en este caso se debe limitar a garantizar unos derechos que ampara este estado.

En los fundamentos ideológicos, por tanto, está la valoración del individuo y su libertad individual, en el origen de todas las consideraciones para la acción política. En cuanto al estado, debe amparar y proteger esta libertad individual, que en el mercado tiene su correlato en lo que se llama “libertad de elección”. Por ello en la política sanitaria desplegada en la Comunidad de Madrid, a partir de las transferencias con el Partido Popular y los gobiernos de este partido que han liderado esta coalición promotora, han tenido como objetivo central de su política la “libertad de elección” tanto de médico, como de hospital; en este sentido han ido reforma como la desaparición de la áreas sanitarias y la creación de Madrid región como una única área sanitaria. El valor máximo es la satisfacción del usuario de la sanidad, en el centro de sus preocupaciones, con una consideración del paciente cliente de dichos servicios públicos, y no sujeto de derechos.

En definitiva un proyecto político ideológico que consideraba que el problema era el estado que con su crecimiento excesivo era consecuencia de su componente de bienestar. La solución a esta inflación del sector público, y su burocratización, era la liberalización y la introducción de competencia, como medio para una gestión eficiente de los servicios públicos. Por tanto los recursos deben ser asignados por el ciudadano o consumidor, que es a fin de cuentas quien elige a través de los precios, y no los poderes públicos y la burocracia. Se trata de una ideología política que hace de su desconfianza en el estado una bandera o seña de identidad, y del adelgazamiento del mismo, seguido de la bajada de impuestos, el centro de su programa político. Son planteamientos que recuerdan mucho al paradigma ideológico político con el que llegaron tanto Ronald Reagan como Margaret Thatcher al gobierno de sus respectivos países en los años ochenta, con sus premisas sobre el gobierno como origen de todos los problemas (*rolling back the state*), y no de las soluciones, a partir de entonces estaban en el mercado, como dogma para la solución de los problemas del sector público. La función del estado deber ser, según este ideario político, crear las condiciones para el buen funcionamiento del mercado y velar porque estas condiciones no sean alteradas. Este neoliberalismo económico defiende los siguientes postulados:

- Defensa clara del mercado competitivo
- Aceptación del estado y su intervención económica, como árbitro y/o promotor de la libre competencia.
- Se opone al acaparamiento y la especulación
- Se opone a los monopolios y los oligopolios
- Está en contra de la fijación de los salarios por el estado
- Rechaza la regulación de precios del estado, sin la oferta y la demanda como regulador
- Se opone a la creación compulsiva de empleo
- No acepta el gasto público burocrático
- Defiende la libertad del comercio internacional, sin trabas
- A favor de la libertad de contratación y movilidad de los factores de producción sin trabas

En definitiva, sobre la gestión sanitaria hay un horizonte básico sobre el que descansa la idea de esta coalición promotora, es una gestión privada de los servicios sanitarios, y como camino intermedio, la colaboración del sector público privado en la prestación de los servicios sanitarios¹¹⁶. En efecto, el programa con el que concurría el Partido Popular a las elecciones del 20 de noviembre de 2011¹¹⁷, recogía en su página 34 una serie de propuestas para la gestión pública sanitaria: “Hay que incentivar el uso de modelos eficientes de colaboración público privada con responsabilidad y control públicos”. Afirmación que podría interpretarse, según Marciano Sánchez Bayle de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, como medidas encaminadas a impulsar las privatizaciones por la vía de las concesiones administrativas o de los hospitales (PFI) Iniciativa de Financiación Privada¹¹⁸.

¹¹⁶ Es interesante recordar cómo en las primeras reformas en el Servicio Nacional de Salud Británico, con los gobiernos de M. Thatcher, el dogma era introducir mercado en el sector sanitario como fórmula para inocular incentivos hacia el rendimiento, la eficiencia, y la calidad. Sin embargo, los gobiernos laboristas que conservaron los principios fundamentales del programa reformista, le llamaron en vez de “competencia” “colaboración público privada”. Precisamente lo que defiende ahora el responsable del Partido Popular para los asuntos sociales y sanitarios, y Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla La Mancha. La colaboración público privada se ha convertido en la idea fuerza del modelo que defiende este partido.

¹¹⁷ Programa del Partido Popular para las comicios electorales del 20 de noviembre de 2011, “Súmate al cambio” pág. 34

¹¹⁸ Consideraciones de Marciano Sánchez Bayle, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) en relación a las propuestas del Partido Popular para la gestión sanitaria. En Nueva Tribuna. 2 de noviembre de 2011.

José Ignacio Echániz, Consejero de Sanidad en la Comunidad de Madrid cuando recibe las transferencias, fue el verdadero policy maker de la reforma sanitaria en esta primera etapa. El hoy Consejero de Sanidad y Servicios Sociales en la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, de igual modo es el Secretario Nacional de Sanidad y Asuntos Sociales del Partido Popular. En una intervención con motivo de seminario de los Cursos de Verano en la Universidad Complutense en julio de 2012, sus reflexiones en torno a la política sanitaria terminaban así: “La sanidad española tiene un componente privado muy importante, hay diez millones que han decidido tener una póliza privada. La sanidad privada nos han enseñado a gestionar mejor, a ser más eficientes y retribuir mejor a sus profesionales”. Del mismo modo, afirma el periodista que lo entrevistaba: “Ha abogado por la convivencia y la colaboración público y lo privado, que es también muy interesante en otros ámbitos de la vida”.

Estas ideas, son una muestra de cómo la persona que lideró en el gobierno de la Comunidad de Madrid, la reforma sanitaria de entonces, define muy bien la existencia de una continuidad en sus responsabilidades actuales en cuanto al “sistema de creencias” de una coalición promotora de unas reformas que ahora están aprovechando otra ventana de oportunidad abierta (la crisis económica) para, igual que en el caso del referente empírico de nuestro caso de estudio, impulsar reformas tendentes a fomentar la inclusión de modelos de gestión público privada en la gestión sanitaria, no es casual que hoy detente responsabilidades de gobierno en materia sanitaria, y además, en el partido a nivel nacional.

Coalición promotora contraria a la reforma

Los componentes de esta coalición promotora han desplegado una resistencia importante a la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid desde sus inicios; aunque más activa en las legislaturas de Esperanza Aguirre y el mandato de Ignacio González, en el que la externalización afecta principalmente a los profesionales médicos y personal sanitario. Este movimiento contrarreforma se hizo presente primeramente en el parlamento y también en la calle. En el parlamento, como hemos podido comprobar, estableciendo una alianza entre los partidos de izquierda; en la calle, la respuesta contra la reforma estaría

liderada por los sindicatos UGT y CC OO y por las diferentes asociaciones de vecinos, y organizaciones en defensa de la sanidad pública, especialmente la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (ADSP). En los últimos tiempos, el liderazgo ha sido trasladado a las organizaciones médicas, promotoras de las movilizaciones de *“la rebelión de las batas blancas”* este cambio se debe a que las últimas reformas afectan especialmente al personal sanitario, puesto que la puesta en marcha de la externalización hospitalaria y de Atención Primaria, y la puesta en marcha de Área Única, afecta a su situación laboral y profesional, pero no a todos por igual, estos movimientos nos han sido apoyados por los jefes de servicio de los hospitales que han visto menos afectada su situación como consecuencia de las reformas.

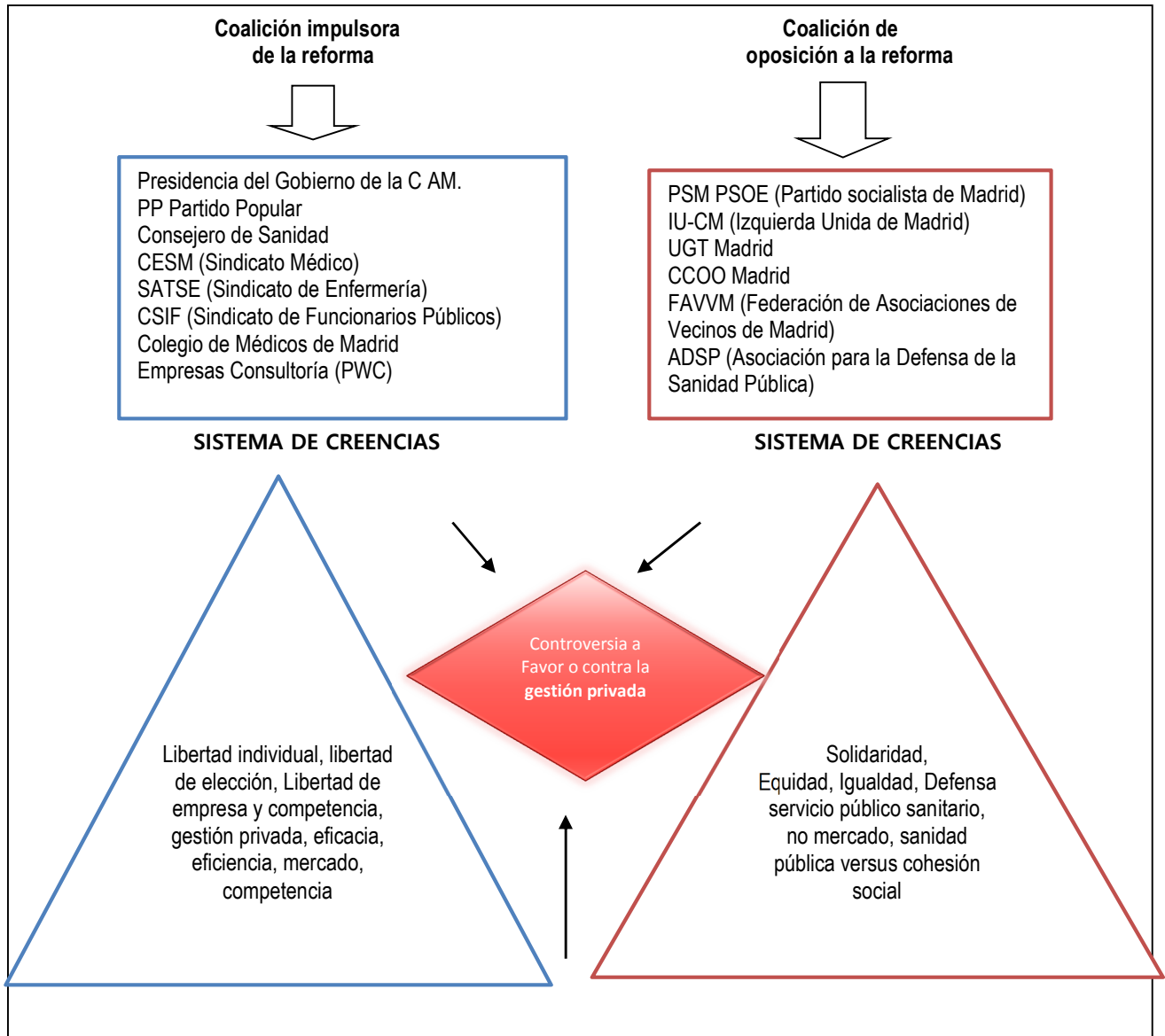
Los fundamentos ontológicos sobre la consideración del individuo que lo diferencia de la otra coalición se basa en que por encima de la “libertad individual” está la igualdad y la solidaridad; de tal forma que en el corazón de sus consideraciones valorativas está el que los “servicios públicos” y especialmente el sanitario no son servicios como cualesquiera otros que se pueden adquirir en el mercado, porque tienen una componente ligada a la redistribución de la riqueza. Generalmente el enfermo es un ser humano que ve afectada su calidad de vida y sus ingresos como consecuencia de la situación de enfermedad, y por ello, la sanidad es percibida como una herramienta con efectos equitativos y redistributivos en la sociedad, solidaridad de los que están sanos con los que están enfermos.

De igual modo, desde este sistema de creencias, se considera que el Estado Social y de Derecho garantiza el derecho a la protección de la salud, art. 43 de la Constitución Española. Por tanto, es el estado quien debe proveer de los medios destinados a paliar y proteger las situaciones de enfermedad de los ciudadanos. Todo ello, a través de un sistema de aseguramiento y financiación pública, especialmente en la “provisión” donde está la principal fuente de controversia. Para los defensores de este modelo público, el servicio sanitario debe prestarse con recursos públicos, en centros públicos, y profesionales públicos, en el entendido de que la iniciativa privada tiende a convertir un servicio como el sanitario, en un negocio, como argumentaba María José Martín del Cerro, Secretaria de Organización de CC OO Madrid, en la manifestación contra la ley

de reforma: “No vamos a permitir que se mercantilice un derecho básico de los ciudadanos como es la sanidad pública”.¹¹⁹ Aquí hallamos el núcleo de la controversia entre ambos planteamientos, una controversia que efectivamente ya nace de consideraciones ontológicas distintas respecto al lugar del individuo y su libertad en la sociedad. La consideración del individualismo categórico y su libertad de elección por encima de cualquier otra consideración, o la libertad limitada por las inequidades socioeconómicas que impiden el ejercicio de esta libertad en igualdad de condiciones. Por ello atajar estas desigualdades en las condiciones de vida y oportunidad se convierte en un valor fundamental para esta segunda coalición promotora, y de su discurso ideológico en torno a la función de los servicios públicos expresión de la solidaridad social, frente a la eficacia, eficiencia, economía, propias del modelo anterior.

¹¹⁹ Declaraciones de María José Martín del Cerro, Secretaria de Organización de CC OO Madrid, después de la manifestación convocada por los sindicatos CCOO y UGT, los partidos políticos de izquierda PSM PSOE, e IU Madrid, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP), y la Federación Madrileña de Asociaciones de Vecinos (FMAV), el 19 de diciembre de 2001. El País 20 de diciembre de 2001.

Esquema (1)
Coaliciones Promotoras, Sistema de Creencias y Controversias
PRIMERA ETAPA (2001-2003)
Gobierno Gallardón – Echániz



Esquema (1): Fuente: Elaboración propia.

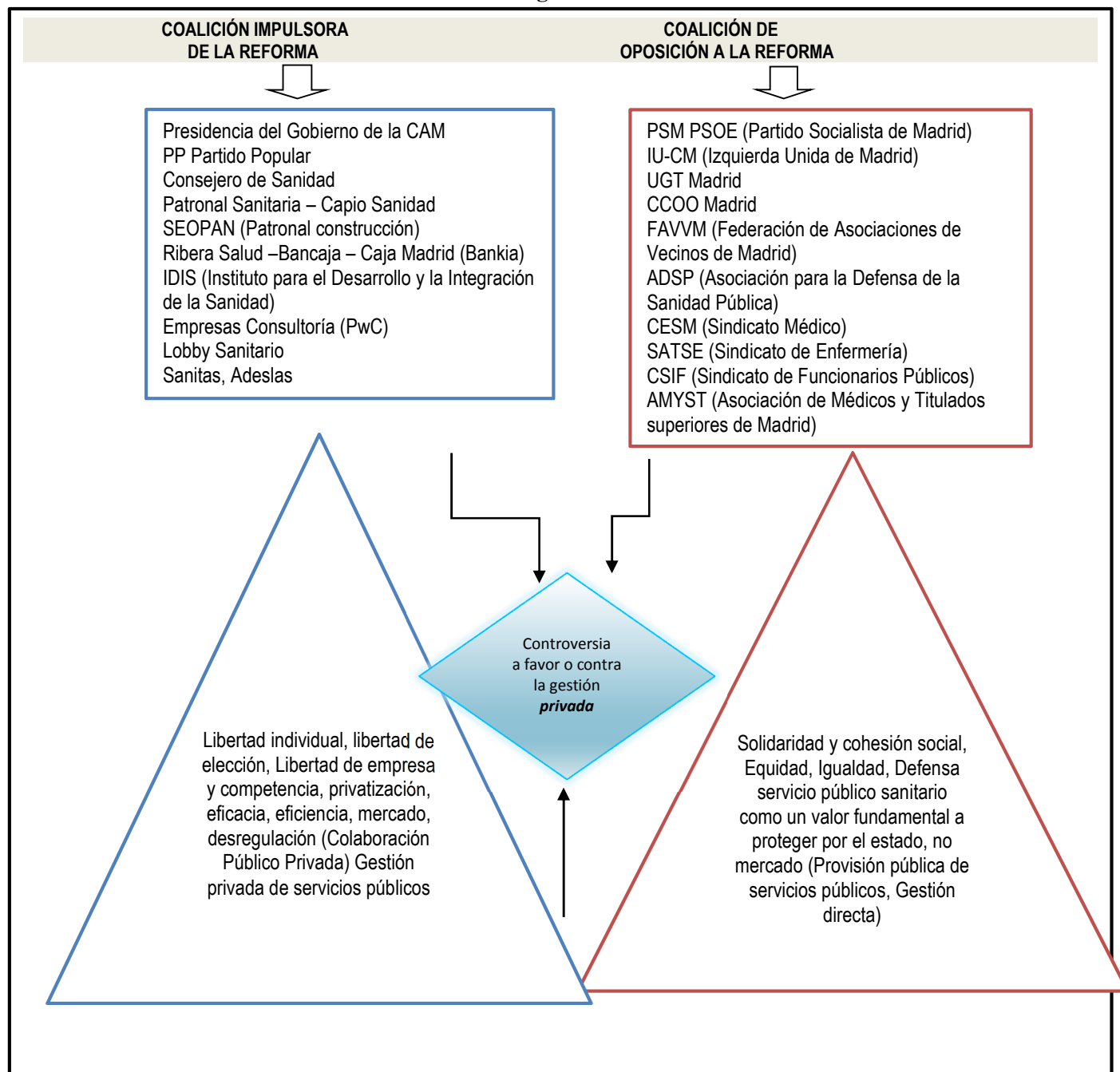
Esquema (2)

Coaliciones Promotoras, Sistema de Creencias y Controversias

SEGUNDA ETAPA (2003-2014)

Gobiernos Aguirre – González

Gobiernos Aguirre – González



Esquema (2) Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO VIII: RECAPITULACIÓN Y CONCLUSIONES

8.1. Recapitulación

Este capítulo se divide en varios apartados: en el primero de ellos se recapitula la investigación, sus objetivos, y las hipótesis de la misma. En un segundo apartado se exponen los resultados consecuencia de haber testado las hipótesis planteadas con el nivel empírico de la investigación, y se finaliza realizando algunas consideraciones teóricas a partir de los resultados, al tiempo que se esbozan algunas cuestiones y preguntas que han quedado por resolver.

Hay que recordar que con esta investigación nos propusimos averiguar las razones que explicaban que el gobierno de la Comunidad de Madrid, en la etapa considerada en el estudio, desarrollara una política de reforma de la sanidad pública que la distancia del resto de regiones españolas. La pregunta que orienta el objeto de estudio ha sido el cambio en la política pública, y para su análisis se consideró adecuado el enfoque teórico del marco de las coaliciones promotoras, sustentado en las ideas, las creencias y el conocimiento técnico como variable explicativa del cambio; aspectos cognitivos que dan coherencia interna a las coaliciones promotoras de los cambios que en contextos de conflicto intentan aplicar sus visiones e intereses a las políticas públicas. En esta investigación, por tanto, nos interesábamos por identificar el cambio en la medida en que es en este proceso político en el que el poder se hace presente; conocer su naturaleza y modos de acción así como identificar a quienes lo detentan, estaba también en el horizonte de este proyecto.

El análisis lo hemos centrado en identificar los actores del sector público y privado, y las coaliciones de actores que cristalizaron alrededor de las reformas sanitarias, los sistemas de creencias de estos actores y las estrategias de actuación en los foros institucionales públicos y privados. Para conocer el discurso (o sistema de creencias) de estos actores se aplicó una plantilla elaborada al efecto a partir de la conceptualización realizada por los autores del marco de las coaliciones promotoras, que considera que los actores que forman parte de una coalición promotora están unidos por un sistema de creencias

compartidas que le da cohesión interna. Estas creencias se insertan en el núcleo profundo de la política en el caso de las creencias relacionadas con los valores axiológicos (libertad, igualdad, el ser humano) y por otro lado, creencias del núcleo de la política, y los aspectos secundarios de la misma que están más vinculadas a la definición del problema y sus soluciones instrumentales. Asimismo, siguiendo la lógica teórica aplicada en la investigación, se han expuesto los factores externos al subsistema de la política vinculados con el contexto estructural e institucional en el que se desarrollan los cambios políticos; factores estables, y dinámicos, por ello hemos incorporado al análisis los factores relativos a los cambios sociales en nuestro país a lo largo del periodo considerado y su vinculación con la percepción de la sanidad y la salud; los aspectos legales y normativos que afectan y regulan la política sanitaria, además de aquellos factores vinculados con otras políticas que han condicionado la política sanitaria, principalmente la política autonómica y la política económica. Por último se ha realizado una labor empírica apoyada en un trabajo de campo desarrollado en dos oleadas de entrevistas de las que se obtuvo la información cualitativamente más relevante que aporta esta investigación. Esta información se ha cruzado con la información del análisis del discurso de los actores que han pasado por la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid durante todo el periodo considerado con el objetivo de contrastar las hipótesis planteadas que se presenta a continuación.

En consecuencia, respecto a las distintas hipótesis que plantea Sabatier y Jenkins-Smith desde el marco de coaliciones promotoras apuntamos lo siguiente:

HIPÓTESIS TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

SOBRE LAS COALICIONES Y LOS ACTORES

Hipótesis 1: En las controversias importantes dentro de un subsistema de política cuando las creencias centrales entran en disputa, la alineación de los aliados y los oponentes tiende a ser bastante estable durante periodos de una década o más.

En el caso analizado se confirma la hipótesis de Sabatier, en tanto que las creencias centrales conformaron un alineamiento entre aliados y oponentes de las políticas. Las

creencias básicas de ambas coaliciones promotoras ha sido un factor de cohesión fundamental. Las coaliciones promotoras se hicieron más fuertes y su antagonismo creció a partir de 2003 con el primer gobierno de Esperanza Aguirre que desplegó una intervención en el sector sanitario sin precedentes, circunstancia que agudizó el antagonismo, y el conflicto en torno a la sanidad en la región, un conflicto que no sólo permaneció estable en el tiempo sino que fue en aumento al compás de las reformas y sus consecuencias para la coalición promotora contraria, conflicto que aumentó con la crisis y sus consecuencias. La coalición promotora contraria a las reformas consiguió articular un movimiento que alcanzó gran visibilidad mediática e influencia en la opinión pública (*la marea blanca*). Las controversias y conflictos entre coaliciones promotoras ha permanecido en el tiempo y se ha frenado no como consecuencia del aprendizaje por parte de una de las dos coaliciones promotoras sino por la acción de la coalición contraria a las reformas en un doble nivel; los tribunales, y la opinión pública, cuyas consecuencias fue la limitación de los cambios al final del periodo, en un contexto preelectoral y alta oposición de la opinión pública a las reformas.

Por su lado, la coalición promotora de las reformas estuvo articulada por el gobierno de la Comunidad de Madrid que lideró una coalición en la que estuvieron presentes, el sector empresarial, periodistas, fundaciones, colegio de médicos, expertos, académicos, entre otros; destacando el poder de los intereses corporativos en alianza con el ejecutivo, esta alianza se fraguó en torno a la idea de que la reelección estaba garantizada por la capacidad de construir hospitales cerca de los ciudadanos, intereses políticos y empresariales fueron el pegamento fundamental de esta coalición promotora; legitimados por la creencia de que la gestión privada en sanidad es más eficiente que la pública, forjada en la idea de que el mercado es la solución a los problemas de eficiencia, calidad, y sostenibilidad del sistema público sanitario.

SOBRE EL CAMBIO

Hipótesis 4 (Revisada en 1993) Los atributos del núcleo de la política de un programa gubernamental en una jurisdicción específica no serán significativamente revisados mientras la coalición promotora que inició el programa permanezca en el poder en esa jurisdicción, excepto cuando el cambio es impuesto por una jurisdicción jerárquicamente superior.

La investigación confirma que los cambios en la política permanecen inalterados a lo largo del periodo considerado en la Comunidad de Madrid. De hecho un cambio en un elemento nuclear como lo fue el fin de la universalidad consecuencia de la expulsión de los inmigrantes sin papeles, fue debido a una decisión de un actor externo, el gobierno central, instancia jerárquicamente superior en la materia y en el contexto intergubernamental del sistema político español en el que este aspecto de la política sanitaria es competencia del estado y no de la Comunidad Autónoma.

Hipótesis 5. (Nueva en 1997) Perturbaciones significativas externas al subsistema (por ejemplo, cambios en las condiciones socioeconómicas, en la opinión pública, en las coaliciones de gobierno del sistema total o en los productos de las políticas de otros subsistemas) son causa necesaria, pero no suficiente del cambio en los atributos del núcleo de una política de un programa de acción gubernamental

Esta hipótesis plantea que los cambios en las políticas especialmente en los elementos centrales, o nucleares de la misma, siempre son consecuencia no del efecto del aprendizaje dentro del subsistema de la política y/o entre actores, sino debido a perturbaciones externas, que no son causa suficiente, pero si necesaria para el cambio. Lo que hemos constatado en esta investigación es que incluso estas perturbaciones externas consecuencia de los productos de otras políticas (política económica y ajustes en sanidad) no sólo afectaron al núcleo profundo de la política, además se observa que estas perturbaciones externas son susceptibles de convertirse en constricciones para los cambios al tiempo que oportunidades para los promotores de los cambios, fue el caso de la Comunidad de Madrid, que encontraron en los ajustes y restricciones presupuestarias aplicadas por el gobierno central, la oportunidad para proseguir sus políticas, que

encontraron limitaciones a sus actuaciones procedentes de sistema judicial y la opinión pública.

SOBRE EL APRENDIZAJE

Hipótesis 6. El aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias es más probable cuando hay un nivel intermedio de conflicto informado entre las dos coaliciones. Esto requiere: a) cada coalición promotora tenga los recursos técnicos para participar en el debate y b) El conflicto sea entre aspectos secundarios de uno de los sistemas de creencias y elementos nucleares del otro, o alternativamente, entre importantes aspectos secundarios de ambos sistemas de creencias.

En el caso estudiado se observa que a lo largo del período el grado de tensión y conflicto entre las coaliciones fue de una intensidad muy importante, agudizándose al final del período, como consecuencia de la radicalidad de las reformas, y el estilo poco participativo, y opaco de las mismas. El efecto fue que no hubo aprendizaje entre coaliciones hasta el final del período, y este aprendizaje ha sido muy limitado por el grado de incomunicación y debate entre coaliciones puesto que las reformas se centraban en un tema nuclear de los opositores a la reforma: la externalización y participación privada en la gestión sanitaria percibida como *privatización del servicio público*. Sin embargo, hay evidencias de que las movilizaciones en la calle de la marea blanca y el debate público en torno a la reforma sanitaria amplió el grado de conocimiento respecto a la política. Al final del período analizado la coalición liderada por el ejecutivo regional ha aprendido que la reforma de una política como la sanitaria no se puede hacer de forma autoritaria, sin debate social y al margen de los profesionales. Por su lado, la coalición promotora contra la reforma aprendió que los aspectos económicos financieros vinculados con la sostenibilidad del sistema no pueden soslayarse.

Hipótesis 7. Los problemas para los cuales existen teorías y datos cuantitativos aceptados son más conducentes al aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias, que esos en los cuales los datos y la teoría son generalmente cualitativos, bastante subjetivos, o faltan totalmente.

Hipótesis 8. Los problemas que incluyen sistemas naturales son más conducentes al aprendizaje orientado a las políticas que aquellos que incluyen sistemas puramente sociales o políticos, porque, en los primeros muchas de las variables críticas no son estratégicas en sí mismas y porque la experimentación controlada es más factible.

Hipótesis 9. (Nueva en 1993) El aprendizaje orientado a las políticas entre sistemas de creencias es más probable cuando existe un foro que es: a) suficientemente prestigioso para forzar a los profesionales de las distintas coaliciones a participar y b) dominado por normas profesionales.

Según Sabatier y Jenkins- Smith, siguiendo estas hipótesis anteriores, el aprendizaje es facilitado o limitado por la naturaleza de la información, las fuentes de esta misma información y la forma de presentarla. En efecto, para el caso de las reformas sanitarias en la Comunidad de Madrid, en concreto la relativa a la externalización hospitalaria era presentada por el ejecutivo regional como una técnica utilizada en otros países de referencia con modelos sanitarios parecidos; modelos de gestión que permitía principalmente garantizar el servicio público y su sostenibilidad, ganar en eficiencia y calidad, y trasladar los costes económicos y de tiempo a los operadores corporativos. Sin embargo, estas afirmaciones o este relato argumentativo utilizado para legitimar las reformas no estaban avalados ni por estudios, trabajos de investigación, o experiencias de casos serios y rigurosos. De hecho la experiencia en este sentido del Servicio Británico de Salud arrojaba evidencias muy ambiguas respecto a los resultados y las economías conseguidas por la administración.

Por otro lado, efectivamente en relación al aprendizaje orientado a la política y de cómo implementarla de la mejor forma para conseguir los objetivos, consideramos que si ha sido un aprendizaje de la coalición promotora impulsora de las reformas; sin embargo, no hubo aprendizaje entre coaliciones promotoras puesto que a lo largo del período estudiado en la Comunidad de Madrid no se consiguió institucionalizar un foro que permitiera el debate técnico, informado e independiente en relación a los problemas y las soluciones para la sanidad pública madrileña. El único foro fue el Parlamento en el que los debates adquirieron un acentuado matiz político en el contexto de la lucha de partidos con visiones

distintas. La singularidad fue que la Comisión de Sanidad después de un debate prolongado en relación a los modelos más adecuados para la gestión pública sanitaria, hubo acuerdo en los elementos y valores troncales del sistema pero no en relación a la participación privada en la gestión sanitaria pública y la transparencia en sus procesos.

Hipótesis 12. Incluso cuando la acumulación de información técnica no cambia los puntos de vista de la coalición opositora, puede tener importantes impactos en la política, al menos en el corto plazo, al alterar los puntos de vista de los policy bróker o de otros funcionarios gubernamentales importantes.

Las conclusiones de este trabajo confirman esta hipótesis, la evidencia demuestra que el alto grado de movilización que consiguió la coalición promotora contra las reformas, y el debate altamente informado sobre el por qué y para qué se reformaba la sanidad, y quiénes eran los colectivos beneficiados (gobierno e interese corporativos empresariales) y quiénes eran los colectivos perdedores (ciudadanos, inmigrantes, mayores, dependientes) favorecieron la toma de posiciones de los jueces del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid que jugaron un papel de *policy bróker* cuyas sentencias pusieron fin a la última oleada de reformas destinadas a la ampliación de la externalización hospitalaria y de la atención primaria en la Comunidad de Madrid. La consecuencia fue la dimisión del Consejero de Sanidad y la retirada de las reformas por parte del Gobierno regional presidido por Ignacio González.

8.1.2. HIPÓTESIS EMPÍRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Con las transferencias de las competencias de la organización y gestión sanitaria a la Comunidad de Madrid en 2002 emerge un subsistema de política nuevo en la región que madurará a lo largo de la década hasta convertirse en un subsistema estable, como consecuencia del conflicto y las controversias entre coaliciones, fruto de los cambios que el gobierno regional implanta gradualmente en la gestión de la sanidad pública. Este subsistema está conformado por dos coaliciones promotoras bien diferenciadas que comparten ideas y valores contrapuestos en relación al modelo sanitario; en especial, el papel de la gestión privada en la sanidad pública. Ambas coaliciones promotoras intentan aplicar sus ideas a la política que cambia como consecuencia de que la coalición promotora dominante, liderada por el propio gobierno regional y otros actores corporativos del ámbito privado, impulsa cambios en la forma de organizar y gestionar la sanidad buscando la creación de un mercado mixto público privado en la sanidad pública madrileña. El objetivo ha sido favorecer la penetración de la gestión privada en la provisión pública sanitaria en sintonía con los intereses materiales de importantes grupos privados del sector sanitario con presencia en la coalición de actores que impulsaron las reformas. Para legitimar las reformas la coalición promotora se sirve de las ideas y los análisis de los académicos, especialmente los economistas de la salud, quienes pregonan en sintonía con el paradigma neoliberal imperante de la Nueva Gestión Pública que el problema de los sistemas públicos sanitarios es un problema de sostenibilidad financiera, y que la solución a dicho problema es la gestión indirecta y la competencia (*managed competence*) en el sector público sanitario. En la Comunidad de Madrid se apostó por la solución relacionada con la colaboración público privada, una forma de crear un mercado mixto en sanidad, permitiendo que operadores privados gestionen servicios públicos sanitarios.

H1 LA PRIMERA HIPÓTESIS SE RELACIONA CON EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN, EL CAMBIO EN LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y SU EXPLICACIÓN POR LAS IDEAS Y SISTEMA DE CREENCIAS DE LOS ACTORES, EL APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO.

La política sanitaria en la Comunidad de Madrid, especialmente a partir de los gobiernos del Partido Popular con Esperanza Aguirre como Presidenta, ha conocido cambios importantes especialmente en aspectos relativos a la gestión, no así de los elementos centrales de la política (cobertura, financiación, acceso) Estos cambios en la gestión y organización de la sanidad han estado destinados principalmente a la creación de un mercado mixto público privado en la provisión sanitaria pública, para ello era necesaria con carácter previo la separación de funciones de financiación y provisión. Es en este último apartado en el que los cambios más importantes han tenido lugar. Por tanto se evidencia que ha habido un cambio en la orientación de la política pública, en los aspectos de gestión, y que ello es consecuencia de la acción de la coalición promotora de la reforma, que coincide con sus ideas y creencias en relación a que la gestión privada es más eficaz y eficiente, y que la solución al problema de la sostenibilidad de la sanidad pública pasa por la liberación de la gestión y su apertura hacia operadores privados en la gestión sanitaria pública.

H2 LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESTÁ RELACIONADA CON LA VARIABLE SISTEMA DE CREENCIAS DE LOS ACTORES EN LA EXPLICACIÓN DEL CAMBIO DE LA POLÍTICA SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

En la Comunidad de Madrid en los comienzos del periodo estudiado se fue fraguando una coalición de actores de origen diverso: políticos, económicos, empresariales, académicos, y consultoría empresarial que compartían ideas y creencias respecto a qué debían hacer los gobiernos autonómicos en gestión sanitaria. Estas ideas estaban y están vinculadas al paradigma neoliberal de la Nueva Gestión Pública que considera más eficiente la gestión privada con carácter general, también en sanidad, y que la sostenibilidad del sistema

sanitario público pasa por su reforma versus mercantilización. Los actores que comparten este sistema de creencias critican la excesiva burocracia de la gestión sanitaria pública porque la hace de peor calidad y sobretodo insostenible en términos económicos financieros. Por tanto, esta coalición de actores liderada por el propio gobierno regional del Partido Popular introdujo reformas y cambios en base a estas creencias en relación al lugar del estado y el mercado en la sanidad pública.

H3 LA TERCERA HIPÓTESIS ESTÁ RELACIONADA CON LOS INTERESES ECONÓMICOS MATERIALES Y POLÍTICOS DE LOS ACTORES PROMOTORES DE LA REFORMAS EN LA SANIDAD MADRILEÑA.

La coalición de actores promotoras de los cambios en la gestión sanitaria pública en la Comunidad de Madrid a lo largo del período estudiado estuvo compuesta por dos grupos de actores especialmente relevantes por sus capacidades: poder político y/o económico. Por una parte estaba el Gobierno regional con capacidad institucional, legislativa y de decisión en relación a los cambios; y por otra, los actores del sector privado con importante capacidad de influencia y poder económico (constructoras, bancos, industria de la tecnología sanitaria, aseguradoras y operadores de la gestión sanitaria) Entre ambos actores se dio una coincidencia de intereses, por un lado el gobierno regional encontró en la política sanitaria un campo donde desplegar estrategias para llegar a su electorado y garantizarse la reelección (generas clientelas políticas) Por su lado, los actores privados encontraron en la sanidad un mercado con un potencial enorme para su negocio y beneficios por la vía de la construcción de grandes infraestructuras sanitarias y su equipamiento, y por otro lado, a través de la gestión sanitaria.

H4 LA ESTRATEGIA SEGUIDA POR LA COALICIÓN PROMOTORA DE LA REFORMA FUE FAVORECER LA COOPTACIÓN DE LA POLÍTICA PARA QUE DE ESTA FORMA LA ORIENTACIÓN DE LOS CAMBIOS FUERA QUE COHERENTE CON SUS INTERESES.

Se comprueba que los actores promotores de la reforma sanitaria para atender los intereses de los grupos empresariales situaron en un lugar estratégico de la toma de decisiones públicas de la Consejería de Sanidad a un gestor que procedía de Sanitas, uno de los grupos empresariales interesados en que las reformas sanitarias se orientaran hacia la externalización de los servicios hospitalarios. En consecuencia, los cambios en la política beneficiarían desde el primer momento actores concretos que para mejor defenderlos desarrollaron estrategias de influencia sobre el poder político, y consiguieron cooptar la política introduciendo a un representante de sus intereses en la dirección general de hospitales. Un ejemplo de cómo con el consentimiento de los gobernantes la política en aquella parcela más vinculada a intereses corporativos; es decir, la Dirección General de Hospitales, estaría instrumentalizada y dirigida directamente por las corporaciones privadas con intereses en el sector.

H5 EN EL PROCESO LOS ACTORES HAN UTILIZADO EL APRENDIZAJE EN SU MANERA DE IMPULSAR LA ACCIÓN PÚBLICA, ESTE APRENDIZAJE SE PRODUCE ESPECIALMENTE EN EL INTERIOR DE LAS COALICIONES. NO HUBO APRENDIZAJE EN RELACION A LOS INSTRUMENTOS DE LA POLÍTICA, ASPECTOS SECUNDARIOS, PORQUE DURANTE EL PERÍODO NO EXISTIÓ NINGÚN FORO INDEPENDIENTE DE DEBATE SOBRE LAS REFORMAS.

Se constata en la investigación que en el proceso de cambio las coaliciones de actores han aprendido, hubo aprendizaje especialmente en el interior de las coaliciones, no así entre coaliciones; la coalición promotora de la reforma liderada por el gobierno regional aprende que los cambios de la política tienen que ser graduales, y no totales por medio de leyes rupturistas, aprendieron del rechazo cosechado por el Informe Abril y el costo político que tuvo para su impulsores.

EL TIPO DE REFORMAS SEGUIDOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID, CON LOS GOBIERNOS (AGUIRRE – GONZALEZ) TIENEN SU EXPLICACION EN EL PROTAGONISMO DE NUEVOS ACTORES DEFENSORES DE INTERESES PRIVADOS EN LA GESTION SANITARIA. LA COINCIDENCIA DE INTERESES POLÍTICOS ELECTORALES Y LOS INTERESES ECONÓMICOS EMPRESARIALES, SON LA VARIABLE QUE EXPLICAN LOS NUEVOS CURSOS DE ACCIÓN HACIA LA GESTIÓN PRIVADA DEL SERVICIO PÚBLICO SANITARIO.

Se ha explicado que en la tesis se han considerado dos períodos analíticos: en el primero se ha estudiado el momento de recepción de las transferencias; en el segundo a partir de que se produce el cambio de gobierno del Presidente Ruiz Gallardón a Esperanza Aguirre. En este segundo período se identifica un evento que marca el inicio de un avance en el curso de acción de la reforma sanitaria en la Comunidad de Madrid. Se trata de las elecciones previas al triunfo del Partido Popular con Esperanza Aguirre como cabeza de cartel. Estas elecciones estuvieron protagonizadas por la irrupción del valor salud en la campaña electoral. La oferta que la candidata hizo fue la construcción de 8 nuevos hospitales en varias zonas que abarcaban las cuatro esquinas del territorio de la Comunidad; además se comprometió a terminar con “las listas de espera”.

El mandato comenzaría con la construcción de estos hospitales situados estratégicamente, siguiendo un modelo hasta entonces poco conocido en España, el modelo PFI, importado de Reino Unido. Es a partir de entonces que se comienza a fraguar una nueva coalición en torno a la política sanitaria. La variable que ayuda a comprender los cambios a partir de este momento son los intereses de la nueva alianza de actores que cristaliza en este primer período. Esperanza Aguirre descubrió que sólo había una forma de cumplir su promesa electoral, y asegurar que su partido permaneciera en el poder en la región. Debía construir los hospitales porque esta era una herramienta muy potente (así se lo habían dado a conocer sus asesores) de cuánto los ciudadanos valoraban “la salud”, y tener un hospital cerca de casa. La forma de construir en una legislatura una infraestructura tan

costosísima era acudir a un modelo que permitía dilatar en el tiempo el pago de las infraestructuras y su construcción, transfiriéndoles el riesgo a empresas privadas. El modelo PFI (Iniciativa de Financiación Privada) y la fórmula de concesión administrativa que permitió al gobierno dos cosas 1) tener la obra lista para inaugurar en el tiempo previsto, y 2) que el coste no se viera reflejado en la contabilidad pública, superando las ratios de déficits permitidas por la Unión Europea según los Criterios de Maastricht.

En resumen, se constata que una de las variables que explica los cambios son los intereses de los gobernantes para hacer mercado político con un valor muy apreciado por los ciudadanos como es la salud. Y por otro, los intereses económicos de los grupos empresariales que ganan con este planteamiento: primero las constructoras agrupadas en su patronal (SEOPAN) y en segundo lugar la empresas del sector sanitario con potentes intereses en el proceso de gestión privada de Hospitales (CAPIO, RIBERA SALUD) y en tercer lugar, las aseguradoras (SANITAS y ADESLAS), principalmente; merece la pena mencionar que también el sector de la Consultoría, especialmente las multinacionales que en algunas ocasiones han asesorado a los gobernantes, han defendido y ofrecido a los políticos sus planteamientos, puesto que también tienen intereses en ello. En definitiva, en la actualidad, el subsistema sanitario se orienta hacia una gestión privada de los servicios públicos, un contexto en el que ganan o triunfan los intereses de estos actores mencionados: ya que no pueden competir con el sector público, lo capturan.

CAPITULO IX: CONCLUSIONES FINALES

9.1. Consideraciones generales de la investigación

En este apartado exponemos las conclusiones finales de la investigación una vez contrastadas las hipótesis. Así se confirma que el marco de las coaliciones promotoras ha sido de gran utilidad teórica y metodológica a la hora de abordar el análisis del cambio de la política pública analizada. Este marco analítico provee de una herramienta que nos ha permitido contrastar la evolución de las ideas y los sistemas de creencias; además de permitimos identificar las coaliciones de actores definidas alrededor del conflicto por las reformas en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid. En efecto estas coaliciones maduraron a lo largo del tiempo y desplegaron una estrategia de acción colectiva con la finalidad de incorporar sus ideas y creencias en la política sanitaria: liderando unos cambios que se explican por sus ideas e intereses, elementos estructuradores de las coaliciones y el sentido de su acción.

El análisis de la política sanitaria en el caso estudiado ha demostrado que el cambio se desarrolla en un contexto de relación de intermediación de intereses entre Estado Sociedad, en la que el Gobierno de la Comunidad de Madrid tuvo un papel protagonista en el impulso de los cambios. Las coaliciones promotoras de las reformas, y en contra de las mismas, estuvieron formadas por actores del sector público, privado y de la sociedad civil: Partidos Políticos, Sindicatos de Clase, y Organizaciones en defensa de la sanidad pública, en un primero momento. En una segunda fase del conflicto aparecieron con fuerza los sindicatos de los profesionales médicos y las organizaciones de la sociedad civil pro defensa de la sanidad pública; además de organizaciones privadas, medios de comunicación, expertos, académicos, etcétera. Estos actores desplegaron su acción colectiva en dos ámbitos diferenciados; en el parlamento regional donde los grupos parlamentarios del Partido Popular, PSOE e IU, mantuvieron intensos debates en la Comisión de Sanidad. En esta Comisión comparecieron parlamentarios de todos los grupos, además de técnicos y expertos españoles y extranjeros del sector público y privado, para discutir el modelo de sanidad para la Comunidad de Madrid. En un primer

momento, recién recibidas las transferencias los debates se centraron en el modelo que configuró la Ley de Organización Sanitaria de 2001 que se inspiraba en gran medida en el modelo catalán y apostaba por la separación de funciones y la creación de un mercado mixto en la gestión sanitaria (Red Sanitaria de Utilización Pública) Después, pasada esta primera etapa los debates se centraron en los problemas fundamentales de la sanidad madrileña en el período previo a la irrupción del impacto de la crisis fiscal de 2008. Estos problemas eran, en primer lugar, las listas de espera diagnóstica, para cuyo debate y solución se creó la Comisión de Estudios para la reducción de las listas de espera diagnóstica en la VII Legislatura. Y, en segundo lugar, la puesta en marcha de fórmulas alternativas en gestión sanitaria (externalización, gestión indirecta, iniciativa de financiación privada, concesiones administrativas, fundaciones, etcétera) para cuya valoración se creó la Comisión de Estudio del Funcionamiento de los diferentes Sistemas de Gestión de los Servicios Sanitarios Públicos, en 2009, VIII Legislatura, en la que comparecieron un total de 59 invitados de procedencia muy diversa. Además de la Asamblea de Madrid y otros foros institucionales, la calle tomó un gran protagonismo con el inicio del movimiento de rechazo a las reformas; articulándose una respuesta de oposición y sensibilización de la opinión pública en relación a las consecuencias de las políticas desarrolladas por el Gobierno del Partido Popular en relación, especialmente, a la gestión hospitalaria considerada “privatización de la sanidad pública” En la última parte del período estudiado, el movimiento de oposición en un primer momento liderado por los partidos de izquierda, y sindicatos generales, cedieron el testigo a los sindicatos médicos quienes combinaron la movilización con la búsqueda de formas de frenar los cambios en los tribunales: un actor, este último, que aparece en escena al final del período y cuyas sentencias consiguen frenar los cambios, en un contexto de gran movilización (aparecieron las mareas blancas) consecuencia de la aplicación de recortes generalizados en la sanidad por el gobierno central. Medidas que supusieron la quiebra del consenso en torno a la universalidad de la cobertura; estas medidas se plasmaron en el Real Decreto Ley 16/2012, aprobado por el gobierno central, que aplicaba la austeridad lineal al sistema y limitaba la cobertura sanitaria a los trabajadores legales, dejando fuera los inmigrantes sin papeles y sus familias, además de trasladar al Instituto Nacional de la Seguridad Social el papel de acreditar la condición laboral de la persona de la que depende su derecho a la atención sanitaria; es decir, vuelta a un modelo de Seguridad Social en sintonía con los

planteamientos del Partido Popular, que nunca estuvo muy de acuerdo con el modelo universal; si bien es cierto que no tocó este elemento fundamental de la sanidad pública cuando gobernó en períodos anteriores. En consecuencia, la investigación acredita que los cambios en la política se ha demostrado que correlaciona con las ideas y creencias defendidas por la coalición promotora orientadas a la mercantilización de la sanidad pública, consecuencia también de la intersección de otras políticas especialmente de las perturbaciones externas procedentes de la crisis económica y fiscal de 2008 que afectó de forma muy importante a nuestro país, y cuyos efectos fueron la destrucción masiva de empleo y la caída acelerada de los ingresos del estado de los que son muy dependientes el gasto sanitario. Además, la aplicación de políticas de austeridad en cumplimiento con los dictados de Unión Europea, llevó al gobierno central a trasladar estos ajustes a las Comunidades Autónomas que debieron aplicar recortes drásticos en sus capítulos de gasto más importantes: Sanidad, Educación y Servicios Sociales. Sin embargo, el gobierno de la Comunidad de Madrid percibió en este contexto una ventana de oportunidad para continuar con su política destinada a externalizar la gestión de un porcentaje elevado de hospitales, y centros de atención primaria. Intentos en los que se encontraron con limitaciones técnicas y jurídicas: los tribunales se convirtieron en la última fase en aliados de la coalición contraria a las reformas. Ello en un contexto de intenso clima de rechazo en la opinión pública hacia las reformas anunciadas que estaban laminando la imagen pública del gobierno regional en un contexto de crisis del sistema político español caracterizado por la crisis del sistema de partidos predominante, y de las instituciones democráticas, consecuencia de la corrupción sistémica generalizada.

Se confirma que a lo largo del período estudiado la política sanitaria ha cambiado, fruto del impulso del gobierno regional, su éxito mayor fue la construcción de una red hospitalaria alternativa a la red pública preexistente; construida y gestionada siguiendo modelos PFI (Iniciativa de Financiación Privada) y externalizada la gestión al cien por cien excepto en personal sanitario que continúan siendo profesionales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) con la singularidad del Hospital de Valdemoro, en el que todo los servicios son de gestión privada. Esto anterior sería complementado con otras medidas; como la libertad de elección de médico y enfermera, la externalización de los análisis clínicos de toda la red hospitalaria pública, la creación de área sanitaria única, la

externalización de la gestión informática, la atención telefónica, y por último, el hecho más importante: la aprobación del Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid para los presupuestos de 2013 que recogía el recorte presupuestario de un 7% para la Sanidad, Imposición de “euro por receta”¹²⁰ copagos para todas las recetas expedidas en Centros de Salud contraviniendo las instrucciones del gobierno central (PP) que lo recurrió ante el Tribunal Constitucional; instancia que dictó una sentencia por el que esta medida era derogada. Este plan contenía medidas destinadas a la generalización de la externalización de la gestión de todos los servicios generales de los hospitales de la Comunidad de Madrid, la privatización de la gestión sanitaria (personal sanitario) en seis de los siete hospitales de gestión privada (finalizando la participación del personal médico del SERMAS en estos hospitales), y la privatización del 10% de los Centros de Atención Primaria de la región, dando prioridad a los profesionales que se quisieran conformar como cooperativa, o sociedad privada de gestión. En efecto, de haber salido adelante hubiera sido la transformación definitiva del modelo sanitario público en la región, unas consecuencias que hubieran sido prácticamente irreversibles, como aseguraba uno de los entrevistados; -este era el objetivo último de estas reformas, impulsar la gestión externa hasta un lugar de no retorno, consolidando una red público privada de atención sanitaria de financiación pública-¹²¹

Por otro lado, la investigación ha confirmado que los expertos tienen un importante papel en la definición del problema y los instrumentos de reforma para la sanidad pública, en especial los economistas de la salud y los profesionales médicos; los primeros contribuyen a legitimar el discurso de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario, proponiendo reformas destinadas al control financiero del mismo sin tener en cuenta en su análisis los factores políticos e institucionales de gobernanza del modelo, que pudieran mejorar su coordinación y eficacia. Asimismo, no se visualizan en los análisis de los economistas de la salud propuestas con una visión del problema distanciado del enfoque

¹²⁰ Según expresaba el propio Presidente de la Organización Médica Colegial, los partidos de izquierda en la Asamblea (PSOE-IU) y Sindicatos UGT y CCOO, el euro por receta penalizaba la enfermedad, a los más pobres (especialmente los enfermos crónicos y las personas mayores)

¹²¹ Entrevista N° 45 “el objetivo último de las reformas emprendidas por el gobierno de la Comunidad de Madrid en su último período no era otro que crear una situación que fuera irreversible en la organización y gestión sanitaria pública en Madrid, con una participación importante de los operadores privados en la gestión sanitaria pública, por la vía de las concesiones a treinta años; situación difícilmente reversible en el medio plazo”

de gestión de los recursos del sistema, por diagnósticos y definiciones del problema y la política en términos de prevención, limitación de la lógica de la medicalización y atención de la enfermedad sobrevenida (tratamiento de la enfermedad crónica en instalaciones hospitalarias) frente a las políticas de prevención y hábitos de vida saludable, eliminación de la pobreza y la desigualdad social muy vinculadas a la enfermedad; tampoco aparecen el factor desigualdad social, económica, educativa, y cultural. Los expertos que proponen estos discursos alternativos no tienen voz en la élite que conforma el subsistema de la política sanitaria, menos si cabe en la Comunidad de Madrid, donde los esfuerzos se han orientado a la construcción y provisión de instalaciones hospitalarias, siguiendo los intereses de los grupos empresariales, y los intereses políticos y electorales del gobierno, conocedor del gran valor que para los ciudadanos tiene la salud; así lo manifestaba un entrevistado -“Esperanza Aguirre cuando entró a gobernar aconsejada por sus asesores, se dio cuenta de que la cosa que más valoraban los ciudadanos era la salud, así que decidió poner un hospital en cada pueblo cabeza de comarca y de esta forma se garantizaba la reelección”- (Entrevista nº 13).

Se observa que a lo largo del periodo estudiado se originó un subsistema de la política sanitaria conformada por actores públicos y privados, de naturaleza intergubernamental en sintonía con la división de competencias entre Gobierno Central y Comunidades Autónomas en un estado descentralizado como el español. Este subsistema incipiente en los primeros años se consolidó y convirtió en un subsistema maduro especialmente a partir de la primera legislatura de Esperanza Aguirre, período a lo largo del que fueron adquiriendo protagonismo nuevos actores muy potentes procedentes del sector privado: la patronal de la construcción SEOPAN, las aseguradoras: ADESLAS, SANITAS, y Gestoras Privadas de Servicios Sanitarios, RIBERA SALUD, y CAPIO SALUD, IDC Salud, principalmente. Se comprueba que los miembros de las coaliciones compartían un mismo sistema de creencias, o teoría sobre el problema sanitario y su solución (núcleo profundo de la política) Por su lado, los actores con intereses materiales compartían elementos secundarios e instrumentales, sobre técnicas y herramientas de gestión sanitaria más eficaces.

Se confirma que hubo aprendizaje entre las coaliciones promotoras, y en el interior de las

coaliciones promotoras, ello debido a que el intenso conflicto que causaron las medidas impulsadas por el gobierno regional que favorecieron un movimiento de rechazo con una constante presencia en la calle que consiguió articular un discurso alternativo al oficial y crítico con las reformas. Este movimiento atrajo la atención de los medios de comunicación y trasladó a la opinión pública un diagnóstico sobre el porqué de estos cambios, y las consecuencias para el sistema y para los ciudadanos de dichos cambios. Estos diagnósticos se apoyaban en evidencias, estudios, e investigaciones realizadas en nuestro país, y experiencias habidas fuera en el extranjero (con especial referencia a las consecuencias del impulso de la gestión externa y la PFI en la gestión hospitalaria británica) La coalición promotora impulsora de las reformas aprendió que los cambios no podían ser presentados como privatización sino como fórmulas de colaboración público privada, y participación privada en la gestión de servicios públicos en fórmulas de paternariado, etiqueta que provocaba menos rechazo en la opinión pública. Sin embargo, en la investigación se constata que no ha existido en el período estudiado un foro independiente de debate, reflexión, y propuestas en relación a la sanidad, más allá del parlamento regional, y esta ausencia de foro de discusión ha limitado las posibilidades de aprendizaje entre coaliciones promotoras.

Por su lado, la coalición promotora contra la reforma aprendió que la sostenibilidad financiera del sistema era un problema que no podía soslayarse y que había que enfrentar de forma que la calidad y valores fundamentales del sistema perduren. La coalición promotora de las reformas aprendió que cuando se tiene todo el poder político no se puede cambiar radicalmente una política como la sanitaria sin desplegar un estilo más participativo en la formulación e implementación de las reformas, que los profesionales de la sanidad son un gran capital con el que tienen que conectar para impulsar los cambios y que existen importantes limitaciones en un contexto intergubernamental de políticas, en el que las oportunidades de acción de *veto player* se da en varios escenarios de decisión y competencia intergubernamental.

En conclusión, se confirma que en la política se han consolidado cambios mayores, y menores; por su importancia para el devenir del sistema. Un cambio mayor fue la construcción de hospitales siguiendo el mecanismo de gestión concesión administrativa,

y el impulso de medidas como la libertad de elección y área sanitaria única, irreversibles en el corto y medio plazo; y cambios menores, vinculados a la externalizaciones de análisis clínicos, servicios y áreas no clínicas del sistema, o el copago en servicios de ambulancia.

9.2 Consideraciones en el plano teórico a partir de la investigación

Este trabajo aporta información de cómo las alternativas de reforma se fraguan mucho antes de que surjan los problemas en el espacio público, de ahí que muchas reformas esperen su momento (ventana de oportunidad), y de que son elaboradas en otros escenarios o redes de políticas, siguiendo los planteamientos de la teoría de la intermediación de intereses, en las que actores diversos conforman espacios de intercambio de respuestas a problemas cuyo elemento aglutinador son las ideas, creencias, valores, e intereses en torno a la visión del mundo que representa la política pública. En estas redes están presentes: académicos, funcionarios, periodistas, investigadores, políticos, profesionales, asociaciones profesionales, empresas, etcétera. En el caso de la política sanitaria en la Comunidad de Madrid, como hemos comprobado, son comunidades de políticas muy cerradas; de hecho una constante en el estilo de elaboración de políticas en la Comunidad de Madrid en el período considerado fue la escasa participación de la sociedad civil en el proceso de formulación de las reformas, y su opacidad. En este sentido se podría afirmar que en las democracias actuales, específicamente en la española, para las políticas de reformas fundamentales la formación de políticas más común es aquella en la que sólo un grupo de actores (élite de la política) están presentes y entre ellos el ejecutivo continúa teniendo una gran capacidad de liderazgo. En estas élites juegan un papel muy importante los académicos y los estudiosos, se ha visto en la política sanitaria cómo está muy influenciada por los discursos de los economistas de la salud y los médicos y sus organizaciones profesionales, además de los paradigmas internacionales avalados por los organismos internacionales. Es sabido que los gobernantes necesitan legitimar y defender persuasivamente políticas ya elaboradas en otros escenarios, refrendadas por las cúpulas de los partidos, y necesitan cada vez más

trasladar la idea de que no quieren cambiar el mundo, generando incertidumbres, sino que tienen a su disposición reformas manejables, de corto alcance, que no entrañan grandes riesgos, a este objetivo sirve el aprendizaje y el conocimiento técnico, y este conocimiento es incorporado a las políticas en escenarios fuera de los institucionales, lo que nos alerta sobre el hecho de que las reformas están maceradas y definidas fuera de las instituciones políticas (gobiernos y parlamentos) sirven al objetivo de legitimarlas.

Siguiendo a Aguilar (1992) saber por qué un grupo tiene en cautiverio al gobierno, nos pone sobre la pista de cómo los grupos de poder están conectados con los partidos, y como las comunidades de políticas (dónde se definen los problemas y alternativas), pueden estar dominados por determinados grupos de interés; estos grupos financian los procesos de investigación, debates, consultas, estudios, informes que dan forma a las alternativas de políticas, y apoyan determinados empresarios de políticas con los que tienen conexiones, y que forman parte de la élite de los grandes partidos, son singulares en esta investigación los casos de los Consejeros de Sanidad, especialmente José Ignacio Echaniz un médico experto con una posición de privilegio en el Partido Popular, defensor a ultranza de un modelo de colaboración público privada en sanidad como garantía de sostenibilidad, eficacia y eficiencia del servicio público sanitario.

La investigación evidencia una característica de la democracia en nuestro país en relación a la formación de las políticas y los cambios; en esta los grupos e intereses son diversos en sintonía con las teorías pluralistas Dahl (1967, 1971, 1982) porque en la definición de las reformas están presentes actores distintos (gobiernos, oposición, parlamentos, representantes de la sociedad civil, etc.) Pero se observa cómo este pluralismo, siguiendo las tesis de Lindblom (1977) en el caso observado es un pluralismo limitado, porque las reformas se formulan fuera de las instituciones por actores sin legitimidad democrática y con un poder sobresaliente por su capacidad de influencia procedente de su vinculación con el poder político que necesita de sus recursos para ganar elecciones, como hemos podido constatar. En efecto, se trata de un proceso con rasgos elitistas, en sintonía con las teorías del estado y la democracia elitista, porque las políticas públicas en los estados avanzados requieren de un gran conocimiento experto, técnico, lo que les da a los grupos que manejan estos recursos un acceso privilegiado a la agenda política. Este pluralismo

limitado, en nuestro país como decimos, parece evolucionar hacia una mayor presencia y capacidad de influencia de los intereses corporativos que comparte con el ejecutivo político un mismo sistema de creencias en relación a la gestión sanitaria. Esta alianza nos muestra un modelo relación estado sociedad civil con rasgos elitistas, y es fruto de la evidencia de que el poder político (en el caso estudiado el gobierno de la Comunidad de Madrid) encontró que la estrategia para la reelección era seleccionar un asunto muy valorado para los ciudadanos y de gran visibilidad: lo encontró en la sanidad, con capacidad de generar clientelas políticas, para ello necesitaba la alianza de los intereses corporativos, con los que conformó una coalición promotora de los cambios. En consecuencia, se evidencia que la capacidad de los diferentes grupos sociales para acceder a la agenda gubernamental no es la misma, es un proceso con rasgos elitistas que implica que el contexto en el que se producen los cambios es un contexto de desigualdad entre los grupos sociales, y que estos contextos tiene tendencias a institucionalizarse; la desigualdad distribución del poder adquieren naturaleza estructural. No es necesario persuadir a los funcionarios o políticos sobre la importancia de tener en cuenta los intereses empresariales, ya lo tienen interiorizado y saben de la necesidad de su concurso por la importancia de la economía en la política actual.

Por último, el análisis de las políticas públicas se revela como un instrumento útil para que la ciencia política aumente su caudal de conocimiento teórico en relación los debates que en la actualidad tiene planteados, por ejemplo se demuestra virtuoso para conocer cómo en el plano empírico transcurre la relación estado sociedad en las democracias modernas, las limitaciones y lógicas de la acción colectiva en la acción pública que conecta con el debate sobre instituciones y actores, y su relación dialéctica; debates en torno a los que se posicionan los teóricos pluralistas, elitistas, y marxistas. Teorías estas que han evolucionado hacia su convergencia, Marsh (1995) en cuanto a que en los análisis de las relaciones estado sociedad en las democracias modernas, la relación estructura agencia es dialéctica, se produce en un contexto de desigualdad estructural y que el actor (Estado) regresa con fuerza, Skocpol (1979) pero sin determinismos, sino reconociendo que hay intencionalidad y racionalidad estratégica por parte de los actores. En el caso estudiado, se evidencia que el conocimiento, los paradigmas internacionales sobre reformas, son muy importantes, en un contexto internacional de globalización que se

caracteriza por la pujanza de las grandes corporaciones, la evolución hacia la concentración del poder, y el conocimiento, y pérdida de capacidad de la política democrática en un mundo de fronteras difusas, en el que la política ha cedido el espacio a las tecnologías de la información, Bauman (2015)

En el comienzo de esta investigación nos preguntábamos ¿Quién manda? ¿Quién tiene el poder o bastón de mando y cómo lo ejerce? Se podría afirmar que el poder está compartido, y es de naturaleza difusa, líquida. Están por un lado los gobiernos que todavía tienen la capacidad de seleccionar a los actores que participan en el juego político y en la formación de las políticas, además de legitimar estas políticas; asimismo pueden cambiar las reglas del juego. Por otro lado, el poder está compartido con los actores que manejan recursos económicos y del conocimiento, que son fundamentales para el gobernante. En los sistemas políticos democráticos el recurso político es cada vez más débil como consecuencia de los efectos de la globalización que hacen más fuerte el poder de los intereses corporativos con capacidad de acción global, menos fragmentado, centralizado; con capacidad de movimiento y articulación de sus intereses a nivel global. Estos últimos aspectos no están incluidos en la teoría política moderna cuyos debates sobre el poder la política y la democracia continúan circunscribiéndose a la realidad estado nación, una categoría superada.

9.3. Limitaciones y orientaciones para sucesivas investigaciones.

Esta investigación se ha encontrado con limitaciones de dos órdenes, en el plano empírico y en el plano teórico, que a continuación se exponen. En el plano empírico la limitación estuvo relacionada con el trabajo de campo, y el desarrollo de las entrevistas a los actores sindicales de Comisiones Obreras y la Unión General de Trabajadores, en la primera oleada de entrevistas. Ello debido a que los primeros años de gobierno de la presidenta Esperanza Aguirre, el conflicto fue muy importante con el gobierno regional y ello hacía que los sindicatos no tuvieran mucha predisposición a responder a las preguntas de un doctorando, por desconfianza en que la información pudiera hacerse pública, esta

limitación se procuró corregir posteriormente a través del análisis de información que produjeron posteriormente estos actores, accediendo a realizar las entrevistas, o bien por la información y posicionamiento que estas organizaciones expresaban en público en relación al conflicto sanitario.

En el plano metodológico se explicaba al principio de la investigación que hemos aislado la variable ideológica del partido político en el poder, como variable independiente explicativa de los cambios ocurridos en la política sanitaria en la Comunidad de Madrid, en el periodo analizado. Ello con el fin de que la explicación recayera sobre la variable independiente central del marco de las coaliciones promotoras; es decir, las ideas y creencias, el conocimiento técnico y el aprendizaje en las políticas y en el proceso de las políticas. Sin embargo, a pesar de que esta metodología se ha revelado útil, puesto que hemos podido identificar dos coaliciones promotoras bien definidas en torno al problema de la política, y estas coaliciones han estado estructuradas en torno a sus ideas y creencias en relación al problema influenciando los cambios; no ha sido sencillo metodológicamente diferenciar conceptualmente ideas, creencias, intereses, e ideología; puesto que la ideología política que dan sentido a los programas políticos de los partidos, tiene una componente importante de creencias en relación a temas axiológicos; tales como la libertad, la igualdad, la solidaridad, el estado y la sociedad, la salud o la enfermedad, entre otros valores. En este sentido se propone para próximas investigaciones se continúe evaluando el papel de las ideas y creencias asentadas en paradigmas promovidos por los organismos internacionales, y su influencia en la conformación de las políticas públicas en las sociedades actuales. Este es un terreno explorado ya por la ciencia política, especialmente autores como P. Hall ha guiado sus investigaciones en este sentido, pero está menos explorado el terreno vinculado al poder de las ideas conformadas en las redes internacionales de políticas, en los contextos nacionales cada vez más permeables al poder corporativo de acción global, una línea que puede arrojar luz sobre la naturaleza del poder, el papel de la política y la democracia en un mundo globalizado, líquido siguiendo a Bauman (2013) de categorías evanescentes, de nuevos modelos de dominación cada vez más sofisticados en el que se revele que unos actores ganan, y otros pierden; especialmente los más débiles.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR VILLANUEVA, LUIS FERNANDO (1992) “El Estudio de las políticas públicas” Ed. M.A. Porrúa. México.

AGUILAR VILLANUEVA, LUIS FERNANDO (1996) “Problemas públicos y agenda de gobierno”. Ed. M. A. Porrúa. México 1996.

AGUILAR VILLANUEVA, LUIS FERNANDO (1996) “La Hechura de las Políticas” Ed. M. A. Porrúa. México.

BAUMAN, ZYGMUNT y Leónidas Donskis, (2015) “Ceguera Moral: la pérdida de la sensibilidad en la modernidad líquida” Ed. Paidós. Barcelona.

BECK, ULRICH (2001) ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Ed. Paidós. Estado Sociedad. Barcelona.

BENNET, COLIN (1991) “How States Utilize Foreign Evidence” Journal of Public Policy. Cambridge University Press.

CABIEDES MIRAGAYA, LAURA (2003) “Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España”. Documentos de Trabajo N° 260. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Oviedo.

COBB, R Y ELDER, C. (1972) “Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda Building” Boston, Allyn and Bacon.

DE MIGUEL, JESÚS Y RODRÍGUEZ, JOSEP (1990) “Análisis político de la formulación de la reforma sanitaria” (1990). Publicaciones de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

DEL PINO, ELOÍSA Y RUBIO LARA, MARÍA JOSEFA (2013) “Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada” Ed. Tecnos. Madrid

DIMAGGIO, P.J. & W. POWELL, (1983) "The iron cage revisited" institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", American Sociological Review, 48 (1983), 147-60.

Discurso de José María Aznar, Presidente del Gobierno “Retos del sistema sanitario español” El Médico 20 Anuario 2003.

DOLER, MARIAN ET HASSENTEUFEL, PATRICK (1997) “Configuration sectorielle et politique de régulation de l’assurance-maladie : une comparaison France-Allemagne” Les nouveaux enjeux de la question sociale. Jacques Commaille. Hachette. Paris.

DOLOWITZ, D.P. AND MARSH, D. (1996) Who Learns What from Whom: a Review

of the Policy Transfer Literature. *Political Studies Rev*, XLIV, 343-357.

DOLOWITZ, D.P. AND MARSH, D. (2000) "Learning from Abroad: the Role of Policy Transfer in the Contemporary Policy-Making. *Governance*. Vol. 13, January, 2000.

EVANS, MARK; "Policy transfer in critical perspective" *Policy Studies* (30) 2009 Ed. Australia-New Zealand School of Government, Institute of Governance, University of Canberra, Australia.

EASTON, DAVID (1953): *The Political System: An Inquiry into de State of Political Science*. New York. Knof.

FERNÁNDEZ-MIRANDA Y LOZANA, ENRIQUE (2000) "Transferencias Sanitarias: Descentralizar y vertebrar. *PricewaterhouseCoopers*. Madrid.

FREIRE, JOSÉ MANUEL (2000) "Comentario crítico sobre las Fundaciones Sanitarias Públicas" (2000) *Revista de la Asociación profesional del Cuerpo Superior de Técnicos de la Administración de la Seguridad Social*, nº 1 marzo.

GALLEGU CALDERÓN, RAQUEL (2002) *¿Actores o Instituciones? La política sanitaria catalana, análisis de la reforma sanitaria catalana (2002)*. En *Análisis de Políticas Públicas en España: enfoque y casos*. Grau, Mireia y Mateos, Araceli (Eds.) Colección Ciencia Política. Tirant lo Blanch. Valencia.

GALLEGU CALDERÓN, RAQUEL. *Reformas sanitarias y nueva gestión pública: impactos en España y Cataluña*. (2002) *Rev. Cuadernos de Gobierno y Administración*. Nº 3 Universidad Rey Juan Carlos. Madrid 2002.

GALLEGU, RAQUEL; GOMÁ, RICARD Y SUBIRATS, JOAN (Eds.) (2003) "Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas: La descentralización de las políticas sociales en España" *Temas de Gestión y Administración Pública*. Technos - UPF. Madrid.

GIL LACRUZ, MARTA (2000) *Salud y Fuentes de apoyo social. Análisis de una comunidad*. Monografía número 172. CIS. Madrid.

GOMÁ, RICARD Y SUBIRATS, JOAN (1998) "Políticas Públicas en España": Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno" *Ariel Ciencia Política*. Barcelona.

GONZÁLEZ, JUAN JESÚS Y REQUENA, Miguel (Eds.) (2014) Segunda Edición "Tres décadas de cambio social en España" Editorial Alianza, Madrid

GRAU, MIREIA Y MATEOS, ARACELI (Eds.) (2002) "Análisis de Políticas Públicas en España: enfoques y casos. Ed. Tyrant lo Blanch, Valencia.

GUILLÉN, ANA M. (1996) "Citizenship and social policy in Democratic Spain: The reformulation of the Francoist Welfare State" *Southern European Society and Politics*. Guillén, Ana M. "Développement de l'Etat-providence en Espagne : une approche historique explicative" *Les nouveaux enjeux de la question sociale*. Jacques Commaille.

Hachette. Paris.

GUILLÉN, ANA. (1996) “Políticas de reforma sanitaria en España: de la restauración a la democracia”. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Madrid.

Hall, Peter H. Policy Paradigms, Social Learning and the State: The case of Economic Policy-Making in Britain. Studio/Working Paper 1990/4

GUY, PETERS (2003) «El Nuevo institucionalismo: Teoría Institucional en Ciencia Política. Ed. Gedisa.

HASSENTEUFEL, PATRICK, (1998) “Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation: Allemagne, France, Grande-Bretagne) “Revue Internationale de Politique Comparée, vol. 5.

HASSENTEUFEL, PATRICK; DELAYE, SYLVIE; PIERRE, FRÉDÉRIC; ROBELET, MAGALI; SERRE, MARINA “Autores del grupo de trabajo e investigación sobre temas de sistemas de salud en Europa” CNRS 2000.

Health Care Systems in Transition “Spain” European Observatory on Health Care Systems 2000.

Health Policy Monitor -International Network for Health Policy & Reform (2003) “National Health System Act: The debate about decentralization, cohesion and quality of care”

HOOGHE, L. Y MARKS, G. (1999) “Una politeya en formación: pugnas sobre la integración europea”. Aspectos Sociales y Políticos de la Integración Europea. Llamazares I, y Reñares. F. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia.

HALL, PETER A. (ed.) (1989) “The Political Power of Economics Ideas: Keynesianism across Nation, Princeton (NJ): Princeton University Press.

- (1990) “Policy Paradigms, Social Learning and the State. The case of the Policy making in Britain” Working Paper 1990/4 Del Centro de Estudios Avanzados Juan March. 2011.
- (1993) “Policy Paradigms, Social Learning, and the State. The Case of Economic Policymaking in Britain” Comparative Politics, 25 (3): 275-296

JENKINS – SMITH H. (1990) “Democratic Politics and Policy Analysis. Pacific Grove, CA Brooks/Cole.

JENKINS – SMITH H.; G. K. ST. CLAIR, AND B. WOODS, (1990) “Explaining Change in Policy Subsystems: Analysis of Coalitions Stability and Defection Over Time” American Journal of Political Science 35 (4): 851-880.

JENKINS – SMITH H.; G. K. ST. CLAIR, (1993) “The Politics of Offshore Energy: Empirically Testing the Advocacy Coalition Framework” In P. Sabatier and H. Jenkins-Smith, eds. Policy Change and Learning, pp. 149-176. Boulder: West view Press.

JIMÉNEZ BLANCO (1989) BAREA (1989) Y CASTELLS (1989) libro. Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas. Ed. Martín Retortillo. Monográficos de Papeles de Economía española (descentralización sanitaria desde el punto de vista financiero).

KINGDON, JOHN W (1995) "Agendas, Alternatives, and Public Policies". Boston.: Little Brown.

LETOURMY, A. (2000) "Les politiques de santé en Europe" dans Les acteurs de la santé publique et les réformes : Reviste Sociologie du travail N° I vol. 42

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (texto de la ley en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, Núm. 306, miércoles 26 de diciembre de 2001)

LOWI, T. (1972) "Four Systems of Policy, Politics and choice", en Public Administration Review, Vol. 32 n° 4.

MARCH, J.G Y OLSEN, J.P. (1972) "A Garbage Can Model of Organizational Choice" Administrative Science Quarterly, nº1 Vol. 17.

MARSH, D. Y EVANS, M. (2012) "Policy transfer: coming of age and learning from the experience" Policy Studies Institute of Governance, University of Canberra, Bryce, Canberra, ACT, 2617 Australia.

MARSH, DAVID Y EVANS, MARC (2012) "Policy transfer: coming of age and learning from the experience. Rev. Policy Studies. Institute or Governance. University of Canberra, ATC, 2617, Australia.

MARSH, DAVID Y STOKER, GERRY (eds.) (1995) "Teoría y métodos de la Ciencia Política" Alianza Universidad Textos. Madrid.

MARTINÓN, RUTH (2005) "Las ideas en las políticas públicas: el enfoque de las coaliciones promotoras. Documentos de Trabajo (3) Rev. Política y Gestión. Universidad Carlos III de Madrid.

MARTINÓN, RUTH (2011) "El marco de las coaliciones promotoras en el análisis de políticas públicas: El caso de la políticas de drogas en España (1982-1996), Monografías 274. CIS. Madrid 2011.

MÉNY, IVES Y THÔENIG JEAN CLAUDE, "Las Políticas Públicas". Ariel Ciencia Política. Barcelona 1992.

Ministerio de Sanidad y Consumo "Ley 14/1986, de 25de abril, General de Sanidad"

Ministerio de Sanidad y Consumo "Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud".

MOLINA, IGNACIO; DELGADO, SANTIAGO (2004) "Conceptos fundamentales de Ciencia Política" Alianza Editorial. Madrid.

MORENO, LUIS (ed.) (2009) "Las reformas de las políticas de bienestar en España. Ed. Siglo XXI. Madrid.

MÜLLER, PIERRE Y YVES, SUREL (1998) "L'analyse des politiques publiques" Clefs politique. Ed: Montchrestien. Paris.

MÜLLER, PIERRE (1995) Les politiques publiques come construction d'un rapport au monde. En la construction du sens dans les politiques publiques. Ed. A Faure, G. Pollet, and P. Warin. 1532-79. Paris Le Harmattan.

OCDE : Le Projet de l'OCDE sur la Santé "Vers des systèmes de Santé plus Performants" (Résumé) OCDE 2004.

OECD Multilingual Summaries "Towards High-Performing Health Systems: The OECD Health Project: Summary in Spanish (OECD 2004)

OLIVER, JAMES AND LODGE, MARTIN. (2003) the limitations of "Policy Transfer" and "Lesson Drawing" for Public Policy Research. Political Studies Review: 2003.Vol. 1, 179-193.

OLIVER, JAMES, AND LODGE, MARTIN. (2003) "The limitations of Policy Transfer and Lesson Drawing" for Public Policy Research. Political Studies Rewiew: 2003.Vol. 1, 179-193.

ORTEGA Y GASSET, JOSÉ. (1986) "Ideas y Creencias y otros ensayos de filosofía" Alianza Editorial S.A. Madrid.

ORTUN, VICENTE (1998) "Gestión Privada en Sanidad". Boletín del Círculo de Empresarios. UPF.

ORTÚN RUBIO, Vicente (1998) "Sistema Sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista" informe SESPAS

PADRÓS SELMA, JAUME "Por el futuro de la sanidad". El País, 18 julio 2004.

PAREJO, L. LOBO, F. Y VAQUERO, M. (Coord.) "La organización de los servicios públicos sanitarios" Actas de las Jornadas de estudios celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid, 10 y 11 de abril de 2000. Monografías Jurídicas. Ed. Macial Pons Madrid 2001.

PARSONS, WAYNE (1995) "An Introduction to the theory and Practice of Policy Analysis, Alders hot, E. Elgar.

PARSONS, WAYNE (2007)"Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica

del análisis de las políticas públicas” FLACSO, México.

PUTNAM, ROBERT; NAMETTI, R.; Y LEONARDI, R. (1983) “La regionalización en Italia, estudio de impacto de la regionalización sobre las elites políticas y las políticas públicas”.

RADAEELLI, CLAUDIO M. (2000) “Policy Transfer in the European Union Institutional Isomorphism as source of legitimacy: Governance. Blackwell Publisher, Inc.

RCL 2001\3207 Legislación (Norma Vigente) Real Decreto 1479/2001, de 27 diciembre MINISTERIO ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. BOE 28 diciembre 2001, núm. 311/2001 [pág. 50033] COMUNIDAD DE MADRID. Traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Revista de Administración Sanitaria. Siglo XXI. Volumen 6, número 2 Abril/Junio 2008.

RICO, ANA (1997) “Décentralisation régionale et réforme de la santé en Espagne (1975-1995). Les nouveaux enjeux de la question sociale. Jacques Commaille. Hachette. Paris

RICO, ANA. (1998) “Descentralización y Reforma Sanitaria en España (1976-1996). Intensidad de preferencias y autonomía política como condicionantes para el buen gobierno” Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Madrid.

RODRÍGUEZ JOSÉ A, Y DE MIGUEL, JESÚS M. (1990) “Salud y Poder” Colección Monografías, número 112 del CIS. Madrid.

ROSE, RICHARD (1983) “Understanding big government: the programme Approach” SAGE. London

ROSE, RICHARD (1991) what is lesson drawing? Vol. II nº1 Cambridge University Press.

ROSE, RICHARD (1993) “Lesson – Drawing in Public Policy. A guide to learning across time and space. Chatman, J.J. Chatman House.

ROSE, RICHARD (2001) Ten Steps in Learning lesson from Abroad. Future Governance Discussion Paper. Centro for the Study of Public Policy.

ROSE, RICHARD (2005) “Learning from comparative public policy. A Practical Guide. New York. Routledge.

ROSE, RICHARD Y DAVIS (1994) “Inheritance in Public Policy, New Haven, Yale University Press.

RUBIO BARCELÓ, EULALIA (2002) «Nuevas herramientas conceptuales para el análisis de políticas públicas: la literatura sobre difusión y transferencia de políticas». Revista de Gobierno, Administración y Políticas Públicas. Nº 25. INAP. Madrid

SABATIER, PAUL A. "Theories of the Policy Process" (2007) University of California, Davis. West view Press.

SABATIER, PAUL A "The Need for Better Theories" "Theories of the Policy Process" (2007) University of California, Davis. West view Press.

SABATIER, PAUL A. AND JENKINS – SMITH. (1998) "An Advocacy Coalitions Model of Policy Change and the Role of Policies Oriented Learning Theory" Policy Sciences 21:129-168.

SABATIER, PAUL A. AND WEIBLE CHRISTOPHER M. (2005) Innovation in the advocacy coalition's framework. Paper presented at the annual meeting of the American Society for the Public Administration. Milwaukee. WI.

- (2007) "The advocacy coalitions Framework" Innovations and clarifications. "Theories of the Policy Process" University of California, Davis. Westview Press.

SABATIER, PAUL A. AND MATHEW ZAFONTE (1999) Are bureaucrats and Scientifics members of advocacy coalitions? Unpublished manuscript.

- 2001 Policy Knowledge advocacy organizations. In International encyclopedia of the social and behavior sciences. Ed. N. Smelser and P. Baltes. 11563 -68 New York Elsevier Science.

SALORT I VIVES, SALVADOR Y MUÑOZ HAEDO, RAMIRO (Eds.) (2007) "El estado de Bienestar en la Encrucijada" MG Monografías. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante.

SCHLAGER, EDELLA, (1995) Policymaking and collective action: defining coalitions with the advocacy coalition's framework. Police Science. 28:242-70

SÁNCHEZ BAYLE, MARCIANO "El copago no es la solución" El País, 18 julio 2004.

STONE, DIANE (2000) "Learning lessons, Policy Transfer and the International Diffusion Policy Ideas" Centre for de Study of Globalization and Regionalization.

SUBIRATS, JOAN (1992) "Un problema de estilo: la formación de las políticas públicas en España. Exploración sobre los elementos distintivos de nuestro "policy style" (una aportación al análisis del sistema político español) Centro de Estudios Constitucionales. Madrid.

SUBIRATS, JOAN "(2012) ¿Qué Democracia y qué Administración para la nueva época? Internet y la gestión pública Economías Nº 80, 2ª cuatrimestre.

SUBIRATS, JOAN (1998) “Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración”. MAP. Ministerial para las Administraciones Públicas. INAP. Madrid 1989.

WEIBLE, CHRISTOPHER M.; PAUL A. SABATIER; KELLY MCQUEEN (2009) “Themes and variations: Taking Stock of the Advocacy Coalitions Framework” The Political Studies Journal, 37 (1): 121-140.

VÁZQUEZ ÁLVAREZ, ROSALÍA “Indicadores de salud y sistemas de salud y el Informe anual de la OMS” Revista Fuentes Estadísticas-Fuentes europeas-Revista nº 49-Diciembre 2000.

ZURBRIGGEN, CRISTINA (2006) “El Institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas” Revista de Ciencia Política. Vol. 26. Nº 1. (67-83)

FUENTES DOCUMENTALES

Actas de la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid, 20 de marzo de 2013: Debate sobre los sistemas de información.

Boletín Oficial del Estado nº102, de 29 de abril de 1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Boletín Oficial del Estado nº 313, de 31 de diciembre de 2001. Ley 21/2201, de 27 de diciembre, por la que se regula los medios fiscales y administrativos del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades Autónomas con Estatuto de Autonomía.

Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, miércoles 26 de diciembre de 2001, núm. 306 “Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid”.

Boletín Oficial del Estado, núm. 128, jueves 29 de mayo de 2003, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Debates Comisión de Sanidad. Comisión de Estudios para la Reducción de las lista de espera. BOCAM Nº 377, 17 marzo de 2005.

BOCAM N° 140 /19 de junio de 2009, sobre Acuerdo Pleno de la Asamblea de Madrid. Dictamen de la Comisión de Estudios del Funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de Servicios Sanitarios Públicos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud.

BOE número 100, de 26 de abril de 1997, que publica la Ley 15/1997, de 25 de abril sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud.

BOE número 37 de 11 de febrero de 2010, Ley 6/2009 de noviembre de Libertad de Elección de la Sanidad en la Comunidad de Madrid.

BOE número 98 de 24 de abril de 2012, Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

BOE N° 98, 24 abril de 2012 Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid (2013).

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid; núm. 72, de 3 de diciembre de 2011. Actas de la Comisión de Sanidad.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid / N° 513 / 28 de noviembre de 2001
Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud de 1991 (*Informe Abril*).

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid N° 333 / 8 de marzo de 2001; N° 439 / 21 de junio de 2001; N° 513 / Ley 15/1997, de 25 abril de habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid / N° 333 / 8 de marzo de 2001.
Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid / N° 439 / 21 de junio de 2001.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud de 1991 (*Informe Abril*).

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid N° 333 / 8 de marzo de 2001; N° 439 / 21 de junio de 2001; N° 513 / Ley 15/1997, de 25 abril de habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid. Debates Comisión de Sanidad. Comisión de Estudios para la Reducción de las lista de espera. BOCAM N° 377, 17 marzo de 2005.

BOCAM N° 140 /19 de junio de 2009, sobre Acuerdo Pleno de la Asamblea de Madrid. Dictamen de la Comisión de Estudios del Funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de Servicios Sanitarios Públicos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud. Ley 15/1997, de 25 de abril de mejores prácticas desarrolladas en nuestro país y otros países del entorno.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, núm. 72, de 3 de diciembre de 2011. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Diario de Sesiones de la Asamblea de Madrid, número 89 de 28 de noviembre de 2011 (IX Legislatura). Debates sobre los sistemas de Información en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid.

Gaceta Sanitaria. Volumen 22 Supplement 1 Abril 2008. Informe SESPAS 2008 Capítulo 3 “Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización” Autores: JR Repullo y JM Freire.

Gaceta Sanitaria. Volumen 24 Supplement 1 Diciembre 2010. “La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis. ¿Tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010. Autora: Rosa Urbanos.

Gaceta Sanitaria. Volumen 20 Supplement 1 Marzo 2006 “Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada” Autor: Jaume Puig Junoy.

Gaceta Sanitaria. Volumen 28 Supplement 1 Junio 2014. “Sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014.

Gaceta Sanitaria. Volumen 28 Supplement 1 Junio 2014. “Cambios de gobierno y de regulación de la sanidad” Autor: José Ramón Repullo.

Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid (2013).

Real Decreto del Ministerio de Administraciones Públicas, 1479/ 2001 de traspasos de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, a la Comunidad de Madrid. La Ley de 28 de noviembre de 2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid de 2001 (*LOSCAM*) Ley General de Sanidad de 1986, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003.

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

Documento Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Foro de la Profesión Médica. 2013.

Informe Antares

- Impacto de las medidas de recorte sobre la Oficina de Farmacia en 2013.
- Impacto económico sobre las Farmacias y la distribución del RDL 4/2010 y 8/2010

Informe PricewaterhouseCoopers (PwC)

- Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2012.
- Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013.
- Informe monográfico: Aportación de valor de las tecnologías sanitarias en el sector sanitario. 2014.
- 15 th Annual Global CEO Survey sector summary “Delivering results. Key findings in the Pharmaceuticals and life Science industry”

Barómetro Sanitario, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Centro de Investigaciones Sociológicas. 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.

Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. España en comparación.

Informe CEOE (2013) “Declaración de la Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales de la CEOE en apoyo de los sectores empresariales que operan Sanidad y Asuntos Sociales

Informe OCDE “Panorama de la Salud 2013” OECD (2013) Health at a Glance 2013. OECD Indicators, OECD Publishing.

Informe sobre la Salud en el Mundo (2003) Forjemos el futuro. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Informe sobre la Salud en el Mundo (2008) La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Informe sobre la Salud en el Mundo (2010) La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Informe Anual sobre el Sistema Nacional de Salud (2012) Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

Informe del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Health Systems in Transitions. España “Análisis del Sistema Sanitario 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

Informe de Médicos del Mundo España (2014) “Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo”. Médicos del Mundo.

Informe FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada) “Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. 2009. McKinsey & Company.

Programa Partido Popular Madrid. Campaña 2003-2007-2011

Programa Partido Socialista. 2003-2007-2011

Programa Partido Izquierda Unida. 2003-2007-2011

Informe Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Informe Sanidad Privada, Aportando Valor. Análisis de Situación 2014. Anexo La colaboración público privada en Sanidad en Madrid.

IDIS report 2013. Private Healthcare, Providing Value. RESA STUDY Healthcare Outcome Indicators of Private Healthcare.

Informe del Estudio RESA 2012. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. IDIS.